

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4314/2007

ATAS/755/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 25 juin 2008**

En la cause

Madame F\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI ET Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame F\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), a une formation d'employée de bureau. Après son licenciement de X\_\_\_\_\_ en septembre 1992, elle a été au chômage, puis a occupé divers postes de travail temporaire, en alternance à de nouvelles périodes de chômage. En dernier lieu, elle a travaillé à titre d'auxiliaire à l'Etat de Genève comme opératrice de saisie du 1<sup>er</sup> juin 2002 au 30 juin 2003 avec un salaire mensuel en 2003 de 5'422 fr. 85.
2. Dès le 16 septembre 2003, une incapacité de travail totale est attestée.
3. Par demande reçue le 29 juillet 2004, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
4. Selon le rapport du 10 août 2004 de la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent depuis plusieurs années. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, elle mentionne une obésité grade II depuis l'enfance. La capacité de travail est nulle depuis le 16 septembre 2003. Des mesures professionnelles ne sont pas indiquées. Les troubles dépressifs, avec épisodes majeurs, sont réactionnels à l'instabilité professionnelle. L'humeur est très labile et la patiente est par moments très découragée, n'ayant pu travailler qu'à des postes temporaires depuis 1992. Le pronostic de ce médecin est réservé et dépend beaucoup de la possibilité, pour la patiente, de retrouver une place de travail stable. La Dresse L\_\_\_\_\_ relève que les postes de travail temporaires ont impliqué à chaque fois de nouveaux collègues, des nouveaux programmes informatiques et des nouvelles habitudes de travail. Ces nombreux changements ont abouti à un épuisement moral de la patiente. Le traitement consiste en un encadrement psychothérapeutique de soutien, ainsi qu'en une médication antidépresseur. Dans l'annexe à son rapport, cette praticienne indique que l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible, mais qu'une activité stable, par exemple un travail en groupe et convivial, sans stress, serait envisageable à raison de quatre heures par jour. Dans le rapport concernant les capacités professionnelles, elle mentionne comme travail possible une activité manuelle, sociale, avec des personnes âgées.
5. Du 27 septembre au 16 octobre 2003, l'intéressée est prise en charge par le Centre de thérapies brèves (CTB) du Service de psychiatrie adulte du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans leur rapport du 20 octobre 2003, les Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ posent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Dans l'anamnèse, ils mentionnent que l'assurée n'a pas d'emploi fixe depuis 1992 et vit de divers travaux temporaires. Depuis 10 ans, chaque période de chômage s'accompagne de symptômes dépressifs plus ou moins marqués. Elle a à cet égard déclaré avoir souffert de deux états dépressifs il y a cinq ans et il y a deux ans, traités par médicaments et sans suivi

psychothérapeutique. Lorsque son dernier emploi s'était terminé, fin juin 2003, elle a débuté un traitement antidépresseur et se sentait bien pendant les mois de juillet et août. En septembre, elle présentait une exacerbation anxieuse et était aiguillée sur le CTB où elle a formulé une demande de psychothérapie à moyen ou long terme. Les facteurs fragilisants sont, selon la patiente, la solitude, le chômage, les problèmes financiers, une enfance difficile avec un père autoritaire et une mère avec une consommation excessive d'alcool.

6. Du 15 avril au 6 mai 2004, l'assurée séjourne à la Clinique genevoise de Montana qui pose le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Comme comorbidités sont notamment mentionnés une obésité stade II et un trouble du comportement alimentaire, type boulimie, sans comportement évacuateur. L'éloignement de Genève, le soutien médico-infirmier et les entretiens spécialisés avec la psychologue de la clinique ont permis une amélioration de la symptomatologie dépressive. L'assurée a fait part de son grand sentiment de solitude qu'elle comble en faisant des excès alimentaires.
7. Selon le rapport du 13 janvier 2005 de la Dresse L\_\_\_\_\_, l'état de santé s'est aggravé et la capacité de travail est nulle. L'aggravation consiste en une péjoration de la thymie. La patiente suit une psychothérapie chez la Dresse O\_\_\_\_\_. La compliance est optimale et il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.
8. Le 6 mai 2005, la Dresse O\_\_\_\_\_ atteste d'un trouble dépressif majeur sévère. La capacité de travail est nulle et l'état est stationnaire. La patiente suit un traitement antidépresseur et une psychothérapie. A titre de limitations fonctionnelles, cette praticienne mentionne une fatigabilité, une perte de l'élan vital et un trouble de la concentration et de l'attention. En ce qui concerne le traitement médicamenteux, la compliance est optimale et il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, cette psychiatre indique que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouent aucun rôle dans l'affection actuelle. Si les circonstances se modifiaient, les troubles ne disparaîtraient pas. Ils sont par ailleurs réactionnels à des événements de vie adverses. Enfin, l'incapacité de travail est due à des affections physiques ou mentales uniquement.
9. Le 20 mars 2007, l'assurée est soumise à une expertise psychiatrique par la Dresse P\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 26 mars 2007, cette psychiatre pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, présent depuis 1992. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, elle mentionne une hyperphagie, présente depuis la même année. Ses limitations, au niveau psychique et mental, sont en lien avec le trouble dépressif récurrent, soit sa vulnérabilité psychique aux événements existentiels, la diminution de la tolérance au stress et la

fluctuation de la thymie. La capacité résiduelle de travail est de 70%, sans diminution de rendement. La capacité de travail est diminuée depuis septembre 2003 d'environ 50% jusqu'à mi-2005, puis de 30%. Le trouble dépressif récurrent n'empêche pas une adaptation à un environnement professionnel. Dans l'anamnèse, l'experte mentionne que, sur le plan social, l'assurée n'a aucun problème. Elle déclare être très sociable et adorer les gens. Elle rencontre souvent des amis et aide beaucoup sa mère âgée, rend visite à son père, résidant dans un EMS, et garde une fois par semaine sa petite nièce. Par ailleurs, elle se rend à des cours de gymnastique douce une fois par semaine et participe bénévolement au Swiss Open de tennis en fauteuil roulant, où elle s'occupe du service des repas. Dans les plaintes et données subjectives, l'experte fait état de ce que l'assurée présentait des angoisses, lorsqu'elle devait régulièrement changer d'activité professionnelle, en raison des nouvelles consignes, des nouveaux lieux et du nouveau système informatique. Le trouble dépressif récurrent est étroitement lié à des événements existentiels, notamment des situations de stress et de surcharge psychique. Des mesures professionnelles paraissent souhaitables pour permettre à l'assurée de trouver un emploi stable et durable,

10. Par projet de décision du 6 juin 2007, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) informe l'assurée qu'il entend lui refuser le droit à une rente, estimant qu'elle ne présente qu'un degré d'invalidité de 30%. S'agissant de l'établissement de ce taux, l'OCAI s'est fondé sur celui de l'incapacité de travail retenu par l'experte, en considérant que les revenus avec et sans invalidité se confondent. Par ailleurs, il se dit disposé à proposer à l'assurée une aide au placement, sur demande écrite de sa part.
11. Le 27 juin 2007, la Dresse L \_\_\_\_\_ atteste que l'état psychique de la patiente s'est progressivement dégradé depuis qu'elle la traite, à savoir dès le 19 novembre 2002, avec l'apparition d'un état dépressif majeur. Depuis le mois de juin 2005, un traitement antidépresseur a été instauré et à chaque tentative d'arrêt du médicament, la patiente s'écroule à nouveau.
12. Par courrier du 28 juin 2007, l'assurée s'oppose au projet de refus de rente, en faisant valoir qu'elle pourrait éventuellement travailler à 50%, mais non pas sur ordinateur. Elle serait volontaire pour un travail à ce taux dans le secteur des ressources humaines, des personnes âgées ou tout ce qui touche à aider son prochain.
13. Le 30 juillet 2007, l'assurée est entendue par le service de placement de l'OCAI. Lorsqu'elle apprend la mission de ce service, elle se met en colère et expose qu'elle recherche du travail depuis 1992 et qu'elle a effectué plus de 1000 candidatures sans réponse positive à ce jour. Elle désire qu'on lui trouve aujourd'hui un travail et ne veut plus faire de recherches d'emploi. Elle indique en outre avoir été mal reçue par la psychiatre lors de l'expertise mise en œuvre par l'OCAI. Elle pleure souvent

pendant l'entretien. Il ressort de celui-ci qu'elle a un vif désir à s'orienter sur une activité bénévole dans le domaine de l'animation d'un atelier manuel ou comme patrouilleuse scolaire. L'assurée ne voulant pas être suivie dans le cadre de ses recherches d'emploi, il est convenu de clôturer le mandat de placement.

14. Le 2 août 2007, Madame G\_\_\_\_\_ écrit à l'OCAI que l'assurée, qui est son amie, n'est plus en état de se battre, étant fragile psychologiquement et diminuée par ses médicaments qui provoquent des problèmes de mémoire
15. Dans son courrier du 22 août 2007 à l'OCAI, le Dr Q\_\_\_\_\_ atteste que sa patiente l'a consulté pour la première fois le 31 mai 2005 en raison d'un trouble dépressif. Il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent de gravité moyenne et d'hyperphagie. Sa capacité de travail est de 50%. Par ailleurs, il partage les constatations de l'expertise psychiatrique pour ce qui concerne les troubles psychopathologiques.
16. Par décision du 9 octobre 2007, l'OCAI confirme son projet de décision.
17. Par acte du 8 novembre 2007, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès septembre 2003, sous suite de dépens. Concernant l'expertise psychiatrique effectuée, elle relève que l'entrevue avec l'experte n'a duré qu'entre 45 et 60 minutes et qu'il semble que l'intimé confie systématiquement les expertises à ce médecin. Elle a dès lors demandé à l'intimé combien d'expertises avaient été confiées à la Dresse P\_\_\_\_\_. Enfin, elle allègue que son état psychique ne cesse de s'aggraver depuis 1992, au point qu'une reprise d'activité professionnelle paraît aujourd'hui illusoire.
18. Dans ses écritures du 10 décembre 2007, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise psychiatrique.
19. Par réplique du 10 janvier 2008, la recourante persiste dans ses conclusions. A titre préalable, elle conclut à son audition, ainsi qu'à celle du Dr R\_\_\_\_\_, neurologue, et de la Dresse L\_\_\_\_\_. Subsidièrement, elle demande la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire dans le domaine de la psychiatrie et de la neuropsychologie. Elle relève que l'OCAI n'a pas répondu à sa question concernant le nombre d'expertises confiées à la Dresse P\_\_\_\_\_ depuis 2007 et met en cause les compétences de cette psychiatre. Elle estime en outre que les termes utilisés dans cette expertise révèlent une curieuse tournure d'esprit. Ainsi, la recourante dénie toute valeur probante à cette expertise. Enfin, elle fait valoir qu'elle souffre de troubles sévères de la mémoire antérograde, en modalités verbale et visio-spatiale, selon un rapport du Dr R\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2007, qu'elle produit dans la procédure.

20. Ce médecin a soumis sa patiente à un examen neuropsychologique effectué le 12 novembre 2007 par Madame H\_\_\_\_\_, psychologue. Dans son rapport relatif à cet examen, il relève que la recourante a présenté une asphyxie à l'âge de 12 ans, suite à laquelle elle a eu des problèmes de mémoire et a passé de la section générale en pratique au Cycle d'orientation. Après une école de sténo-dactylo de deux ans, elle a travaillé comme employée de bureau neuf ans au CFF, trois ans comme téléxiste, quatre ans dans une banque et une année et demi dans un autre établissement bancaire. Après une période de chômage, elle a été placée par le chômage dans des emplois temporaires de six à douze mois pendant 14 ans. Dans les plaintes, elle évoque depuis l'asphyxie des troubles de la mémoire avec des questions répétitives. Elle note tout sur un agenda. Les informations à mémoriser et les différents systèmes informatiques avec des différents emplois lui ont demandé un immense effort. Cependant, elle n'a aucune inquiétude par rapport à ses troubles, déclarant qu'elle vit avec cet handicap, auquel son entourage est habitué, et répète les questions. Après des années d'effort, elle ressent cependant une immense fatigue de mémorisation et d'adaptation. L'examen neuropsychologique conclut à des troubles sévères de mémoire antérograde en modalités verbale et visio-spatiale, sans amélioration en situation de reconnaissance, ainsi qu'à des troubles légers de certaines fonctions exécutives (défaillance d'attention lors de plusieurs tests, manque de planification de l'activité, difficulté d'estimation cognitive dans l'activité séquentielle graphique, tendance aux répétitions, légère tendance à la précipitation et au comportement de limitation). Ces troubles sont à mettre en lien avec l'asphyxie à l'âge de 12 ans. Selon le Dr R\_\_\_\_\_ et Mme H\_\_\_\_\_, il est remarquable que la patiente ait eu une activité professionnelle normale pendant 20 ans avec de si faibles capacités de mémorisation. Ils soulignent sa volonté, ses efforts et sa persévérance. Il est compréhensible qu'elle ressente une fatigue après 14 ans de réapprentissage et d'adaptations continues, liés à ses emplois temporaires.
21. La recourante produit également un courrier du 21 novembre 2007 du Dr R\_\_\_\_\_ à la Dresse L\_\_\_\_\_. Celui-ci y précise notamment que sa patiente a subi une intoxication au gaz d'un boiler pour laquelle elle avait été hospitalisée pendant quelques jours en pédiatrie. Par la suite, selon les dires de la recourante, sa mémoire avait nettement faibli avec une chute dans les performances scolaires. Elle doit depuis cet événement tout noter dans des cahiers, au risque de tout oublier.
22. Dans un avis médical du 23 mai 2008, le Dr S\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après : SMR) suggère de soumettre le rapport relatif à l'examen neuropsychologique à la Dresse P\_\_\_\_\_, ce que l'intimé reprend dans sa détermination du 30 janvier 2008.
23. Le 25 février 2008, la Dresse P\_\_\_\_\_ se détermine sur cet examen et répond aux questions posées par le Tribunal de céans. Elle relève qu'elle n'a pas objectivé

des déficits de la mémoire ou de l'attention dans son expertise. En effet, l'assuré relatait son anamnèse sans difficulté et ne présentait pas de ralentissement psychomoteur. Le fonctionnement au quotidien était décrit comme normal. Par ailleurs, cette asphyxie au gaz ne l'avait pas empêchée de terminer une scolarité normale, de suivre une école privée et d'obtenir un diplôme commercial de secrétariat, ainsi que de travailler dans ce domaine. Les divers documents transmis pour la réalisation de l'expertise ne donnent pas non plus des indications sur des déficits sévères de la mémoire ou de la concentration susceptibles d'interférer avec une activité professionnelle. Selon les psychiatres consultés, la capacité de travail était réduite en raison d'un état dépressif et non pas à cause de troubles cognitifs ou de troubles de la mémoire. Partant, la Dresse P\_\_\_\_\_ confirme ses conclusions d'expertise.

24. Le 7 mars 2007, la recourante se détermine sur le complément d'expertise et demande l'audition de Madame H\_\_\_\_\_.
25. Le 12 mars 2008, l'intimé persiste dans ses conclusions, sur la base du complément d'expertise.
26. Le 9 avril 2008, le Tribunal de céans entend Madame H\_\_\_\_\_. Celle-ci déclare ce qui suit :

*"Mme F\_\_\_\_\_ présente un déficit de l'apprentissage. Au niveau de la mémoire verbale, elle ne retient qu'un tiers des mots dans une liste de mots. D'un court texte, elle n'enregistre que 5 à 10% du contenu. Elle ne garde les informations qu'en mémoire immédiate. En ce qui concerne la mémoire visuelle, elle ne structure pas l'information et ne peut ainsi pas rattraper le déficit de la mémoire verbale. A cela s'ajoute que sa mémoire ne fait pas la distinction entre les informations données et les "fausses" informations, ce qu'on appelle des fausses reconnaissances. Ce trouble de la mémoire ne se trouve que chez les personnes qui ont subi certaines lésions cérébrales. Il ne peut pas être simulé.*

*Dans un poste de travail stable, sans adaptation informatique fréquente, j'estime que Mme F\_\_\_\_\_ pourrait travailler 2-3 heures par jour. Je relève à cet égard qu'elle présente également un déficit des fonctions exécutives. Nous avons fait par exemple un test où il s'agissait d'alterner des chiffres et des lettres. Il s'agit d'un test simple où néanmoins Mme F\_\_\_\_\_ a fait une erreur. Il convient également de relever que chaque tâche lui demande un surcroît d'attention et nécessite des contrôles. De ce fait, elle perd aussi beaucoup de temps dans l'exécution des tâches confiées et s'épuise à la longue. Dans sa pratique professionnelle, elle s'est adaptée à son handicap en tenant des carnets de notes. Elle tient également de tels carnets pour la vie de tous les jours.*

*J'ai constaté aussi que Mme F \_\_\_\_\_ était épuisée à la fin du testing qui a duré 1h30. Il est par ailleurs classique pour les personnes avec des lésions cérébrales qu'elles ont des difficultés de faire différemment, après une modification.*

*Je vous soumetts deux tests que je verse également à la procédure pour démontrer la simplicité de ceux-ci. Le premier consistait à relier des chiffres et des lettres. Mme F \_\_\_\_\_ l'a exécuté dans un temps acceptable de 57 secondes. Néanmoins, à la fin du test, elle a fait une erreur. Le deuxième test consiste en la production de dessins sans répétition. Il a duré 3 minutes et pendant ce laps de temps, elle a fait 30% de répétitions, alors que seulement 10% sont acceptables.*

*Je ne peux pas répondre à la question de savoir quelles activités professionnelles Mme F \_\_\_\_\_ pourrait encore exercer à un taux d'au moins 40%, compte tenu de son handicap.*

*Lorsque Mme F \_\_\_\_\_ a subi l'intoxication au gaz carbonique à l'âge de 12 ans, elle a probablement récupéré au niveau de la capacité du cerveau dans les deux ans qui ont suivi, vu son jeune âge. Puis elle a pu s'adapter à son handicap jusqu'à l'âge de 20 ans. Cependant, dès 40/42 ans, le cerveau vieillit, on fait plus d'erreurs et la mémoire est moins bonne. Ce vieillissement cérébral est plus marqué chez les personnes présentant des lésions cérébrales. Avec la ménopause aussi, on constate une baisse des capacités cérébrales en raison de la diminution de la production des hormones. Je précise toutefois que Mme F \_\_\_\_\_ prend des hormones. En tout état de cause, il est à supposer qu'elle est aujourd'hui plus fatiguée qu'auparavant en raison de ces deux facteurs. Il n'y a certainement pas une amélioration de ses capacités cérébrales depuis 2003.*

*Lorsque Mme F \_\_\_\_\_ a subi l'asphyxie, elle était au cycle d'orientation en générale. A la suite de cet accident, elle est descendue en pratique. Elle m'a également fait part de douleurs importantes dans la tête à la suite de cette asphyxie.*

*Mme F \_\_\_\_\_ a été soumise à des tests neuropsychologiques et non pas seulement psychologiques. Ces tests ont été élaborés avec des personnes avec et sans lésions cérébrales pour déterminer la capacité des différentes structures du cerveau.*

*Je précise qu'un traitement hormonal chez une femme ménopausée ne peut pas améliorer ses capacités cérébrales. Tout au plus peut-il prévenir une détérioration encore plus grande du cerveau.*

*J'ai utilisé des tests usuels en neuropsychologie. Certains sont utilisés au niveau international pour expliquer certains déficits. On achète ces tests avec les barèmes pour permettre de déceler les endroits du cerveau touchés et l'ampleur de la lésion.*

*Je me détermine sur le courrier de la Dresse -P\_\_\_\_\_ que celle-ci a adressé le 25 février 2008 au Tribunal. Un psychiatre n'examine pas la même chose qu'un neuropsychologue. Il est tout à fait exact que Mme F\_\_\_\_\_ a un fonctionnement psychique normal et qu'elle se maîtrise parfaitement. Lorsque j'ai fait les tests, je n'ai pas non plus constaté interférence entre son humeur et les tests. Sinon, je l'aurais noté. Je n'ai pas non plus trouvé Mme F\_\_\_\_\_ dépressive. Elle a également une mémoire satisfaisante, en ce qui concerne les souvenirs et les dates. Cependant, dans mes tests, j'ai examiné une autre mémoire, c'est-à-dire celle qui enregistre les nouvelles informations dans l'hippocampe. S'agissant de la scolarité, il est à noter que Mme F\_\_\_\_\_ a dû changer de section après l'asphyxie. Le diplôme de commerce a été obtenu dans une école privée, ce qui implique généralement un meilleur suivi. Il n'est dès lors pas tout à fait exact de dire qu'elle a eu une scolarité normale.*

*Les professions de psychiatre et de neuropsychologue sont différentes et n'utilisent pas les mêmes tests. Le psychiatre travaille sur les sentiments, les affects, les relations et tout ce qui compose le monde intérieur de la personne. Il détermine les maladies mentales éventuelles. Le neuropsychologue travaille en revanche sur le fonctionnement intellectuel. Il peut d'ailleurs arriver que, au niveau intellectuel, le neuropsychologue estime que la personne peut travailler, alors qu'au niveau psychiatrique, tel n'est pas le cas.*

*Je ne peux pas répondre si le fait de devoir consulter constamment des carnets de notes peut mener à un épuisement et une dépression. Cependant, changer d'employeur tous les 6 à 9 mois pendant 14 ans, comme Mme F\_\_\_\_\_ avait dû le faire, amène certainement à un épuisement à long terme, également au niveau affectif. J'ajoute que j'ai été très impressionnée par le nombre d'emplois différents qu'elle a dû assumer. Je n'avais jamais vu un nombre aussi important de changements d'employeurs. Le fait que Mme F\_\_\_\_\_ a pu s'adapter autant de fois en dépit de son déficit cérébral démontre une volonté hors du commun."*

27. Le 21 avril 2008, le Dr S\_\_\_\_\_ se détermine sur l'audition de Madame H\_\_\_\_\_. Il souligne que la recourante a fait preuve d'une capacité d'adaptation importante, dès lors qu'elle a pu assumer de fréquents changements d'emploi. Il met

en doute que le test des cinq points produit par la neuropsychologue permette de conclure à une lésion cérébrale notable, dans la mesure où il a été réalisé en un temps tout à fait normal, alors qu'il prend deux à trois fois plus de temps en cas de lésion cérébrale. Par ailleurs, dans la mesure où le refus de rente est daté du 9 octobre 2007, il émet l'hypothèse que cette nouvelle ait été mal perçue et que la recourante ait pu présenter une perturbation psychologique pouvant expliquer certains troubles cognitifs un mois plus tard. Compte tenu de ce que le Dr Q\_\_\_\_\_, médecin traitant, retient une capacité de travail de 50% et considérant que le médecin traitant donne un avis plutôt favorable, le Dr S\_\_\_\_\_ estime que le taux de 70% retenu par l'experte paraît raisonnable.

28. Dans sa détermination du 5 mai 2008, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il fait observer que le parcours professionnel de la recourante va à l'opposé des conclusions de Madame H\_\_\_\_\_. Pour le surplus, il se fonde sur l'avis médical du Dr S\_\_\_\_\_.
29. Le 5 mai 2008, la recourante se détermine également après enquête, en reprenant ses conclusions principales antérieures. Elle relève que l'hospitalisation consécutive à son asphyxie a duré plusieurs semaines et que, suite à cet événement, elle a été rétrogradée de la section générale du Cycle d'orientation en section pratique. Son diplôme de commerce a été obtenu dans une école privée. Elle souligne que les Drs L\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont tous confirmé un trouble dépressif récurrent qui s'aggrave et provoque une incapacité totale de travailler. Elle se prévaut en outre de ce que l'experte semble considérer que, sans le traitement antidépresseur et sans suivi psychothérapeutique, sa capacité de travail serait nulle. Par ailleurs, les médecins consultés ont mis en évidence la relation de cause à effet entre le trouble dépressif récurrent et les postes de travail temporaires. Cependant, ils n'ont pu voir qu'en réalité cette énorme pression psychologique était à mettre sur le compte des troubles sévères de mémoire antérograde. La recourante insiste sur le fait que Madame H\_\_\_\_\_ a déclaré qu'elle ne pourrait travailler que deux à trois heures par jour dans un poste de travail stable, sans adaptation informatique fréquente. Enfin, elle rappelle être disposée à reprendre une activité adaptée à son handicap.
30. Par écritures du 19 mai 2008, la recourante s'exprime sur les dernières écritures de l'intimé et l'avis du Dr S\_\_\_\_\_. Elle relève en premier lieu ignorer la spécialisation de ce médecin et que celui-ci semble se satisfaire de la réponse de l'experte. Or, les domaines de la neuropsychiatrie et de la neuropsychologie ne sont pas identiques à celui de la psychiatrie. Elle estime par ailleurs que son parcours professionnel ne va pas à l'encontre des conclusions de Madame H\_\_\_\_\_, lesquelles sont confirmées par le Dr R\_\_\_\_\_. Quant au taux de capacité de travail de 50%, retenu par le Dr Q\_\_\_\_\_, il valait pour les troubles psychiatriques, mais non pas pour les problèmes neuropsychologiques.

31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une invalidité à un degré suffisant lui ouvrant le droit aux prestations.

4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

5. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

---

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).
7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

8. a) En l'espèce, il ressort de l'expertise psychiatrique mise en œuvre par l'intimé que le trouble dépressif récurrent, dont la recourante est atteinte, est actuellement en rémission, sous traitement antidépresseur. Cela est également confirmé par le Dr Q \_\_\_\_\_, lequel a déclaré qu'il partageait les constatations de l'expertise psychiatrique de la Dresse P \_\_\_\_\_ en ce qui concerne les troubles psychopathologiques. Un fonctionnement psychique normal et l'absence d'une symptomatologie dépressive ont également été constatés par la neuropsychologue, Madame H \_\_\_\_\_, lors de son audition devant le Tribunal de céans.

Toutefois, l'examen neuropsychologique a mis en évidence des troubles sévères de la mémoire antérograde, associés à de légers troubles exécutifs. Le Dr R \_\_\_\_\_ et Madame H \_\_\_\_\_ concluent de ce fait à une lésion cérébrale survenue lors d'une intoxication au gaz à l'âge de 12 ans. Cette constatation est contestée par le Dr S \_\_\_\_\_, dans son avis médical du 21 avril 2008. Toutefois, en premier lieu, il convient de constater que le Dr S \_\_\_\_\_ n'est pas neurologue, ni neuropsychologue. L'existence d'une lésion cérébrale notable peut en outre rester ouverte, dès lors que c'est le fonctionnement cognitif de la recourante qui est

pertinent pour apprécier sa capacité de travail. Or, celui-ci est manifestement déficitaire, comme les tests neuropsychologiques le démontrent.

Il peut également être exclu que le déficit de la mémoire antérograde soit en rapport avec une symptomatologie dépressive consécutive au refus de rente un mois auparavant. En effet, la neuropsychologue n'a constaté aucune interférence entre l'humeur de la recourante et les tests, comme elle l'a déclaré lors de son audition. Il est à cet égard à supposer que si la personne examinée présente des troubles cognitifs en relation avec des troubles dépressifs, les autres symptômes d'un tel trouble, notamment une humeur abaissée, seraient également perceptibles.

Le fait que la recourante soit capable de relater son anamnèse sans difficulté ne permet pas non plus de conclure à l'absence d'un déficit de la mémoire antérograde, de l'avis du Tribunal de céans, dès lors que, comme Madame H\_\_\_\_\_ l'a expliqué lors de son audition, la recourante présente un déficit de l'apprentissage, soit des difficultés pour enregistrer de nouvelles informations. Par ailleurs, l'experte a confirmé que la recourante devait recourir aux informations notées dans des carnets pour se rappeler certaines dates.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime qu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que la recourante souffre d'un déficit de la mémoire antérograde qui affecte ses capacités d'apprentissage.

b) Se pose ensuite la question de la répercussion de ce déficit sur sa capacité de travail. Il ne peut être nié à cet égard que la recourante a été capable de travailler pendant deux dizaines d'années et qu'elle a pu s'adapter à de nombreux emplois différents, en dépit de son handicap. Toutefois, des épisodes dépressifs sont rapportés en 1998 et en 2001, avant que la recourante se fasse traiter en 2003 au CTB et qu'une incapacité de travail de longue durée soit attestée. Selon la neuropsychologue, les troubles neuropsychologiques finissent par affecter l'humeur en raison d'un épuisement psychique au fil des années. A cela s'ajoute, selon Madame H\_\_\_\_\_, le fait que les capacités de réadaptation du cerveau diminuent dès l'âge de 40-42 ans.

Ces explications sont convaincantes. Il paraît tout à fait plausible qu'au bout d'un certain temps les capacités d'une personne diminuée dans ses facultés d'apprentissage s'épuisent, compte tenu également du vieillissement du cerveau. Or, la recourante a dû s'adapter depuis 1992 à de très nombreux emplois différents. Dans ces circonstances, la survenance d'épisodes dépressifs ne semble pas surprenante.

Il convient d'en conclure qu'une activité professionnelle exigeant l'assimilation de nombreuses informations, comme celles relatives à un nouveau système informatique et un travail administratif en général, ne constitue pas une activité

adaptée. L'anamnèse montre en effet qu'une telle activité conduit tôt ou tard à un trouble dépressif et à une incapacité de travail totale.

c) Se pose dès lors la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Madame H\_\_\_\_\_ n'a pas pu se prononcer sur les activités professionnelles que la recourante pourrait encore exercer avec un taux d'au moins 40%. Par ailleurs, s'il est vrai qu'elle a déclaré dans son rapport que la recourante ne pouvait travailler que deux à trois heures par jour, dans un travail stable et sans adaptations informatiques fréquentes, il semble que cette appréciation de la capacité de travail se réfère à l'activité exercée jusqu'à présent. Quant à l'experte psychiatre, elle a admis une capacité de travail de 70%, compte tenu des troubles psychiques. De l'avis du Tribunal de céans, elle n'a cependant pas pris en considération le déficit d'apprentissage qui est la source du trouble dépressif récurrent. A cet égard, le rapport complémentaire du 25 février 2008 de la Dresse P\_\_\_\_\_ n'emporte pas la conviction du Tribunal de céans. En effet, elle ne semble pas avoir fait la différence entre la mémoire antérograde et la mémoire rétrograde, en se référant au fait que l'expertisée relatait son anamnèse sans difficulté. Par ailleurs, elle a indiqué que, selon son appréciation, ce ne sont pas les troubles cognitifs et les troubles de la mémoire qui interfèrent avec la capacité de travail, mais l'état dépressif. Or, de l'avis du Tribunal de céans, cette dernière atteinte découle des problèmes cognitifs.

Il convient ainsi de constater qu'en l'état, la détermination d'une activité adaptée et du taux de la capacité de travail dans une telle activité est difficile.

9. a) Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. En vertu de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel, soit une orientation professionnelle, une formation professionnelle initiale, un reclassement professionnel et une aide au placement. Il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées, afin de déterminer si une mesure est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain d'un assuré (ATF 110 V 101 ss consid. 2). En effet, une mesure de réadaptation n'est pas allouée si elle est vouée à l'échec, selon toute vraisemblance, dès lors que de telles mesures ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible.

b) En vertu de l'art. 15 LAI, l'assuré a droit à l'orientation professionnelle, lorsque son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure. L'invalidité au sens de cette disposition légale consiste en un empêchement dans le choix d'une profession, pour des raisons de santé, ou dans l'exercice de l'activité antérieure d'un assuré en principe capable de travailler. Entre

en considération tout handicap physique ou psychique qui restreint le cercle des professions et activités possibles que l'assuré pourrait exercer en fonction de son aptitude et de sa motivation, ou qui rend impossible l'exercice du travail précédent. Sont toutefois exclus les handicaps de peu d'importance qui n'entraînent pas un empêchement notable et ne justifient dès lors pas les prestations de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 s.s. 1a).

10. En l'occurrence, l'exercice de l'ancienne profession n'est plus adapté aux handicaps de la recourante et ceux-ci doivent être considérés comme une atteinte à la santé notable. Cet handicap rend par ailleurs le choix d'une profession difficile. Néanmoins, la recourante semble disposer de ressources pour travailler dans une autre occupation, au vu de ses activités pour ses proches qu'elle aide beaucoup. Elle admet en outre elle-même qu'elle pourrait exercer un autre travail. Elle possède donc une bonne motivation, ce qui permet de prévoir qu'une mesure d'ordre professionnel ne serait pas d'emblée vouée à l'échec. Partant, il convient d'admettre que la recourante remplit les conditions pour bénéficier d'une mesure d'orientation professionnelle. Cette mesure permettra en même temps de déterminer le taux d'activité possible dans un travail adapté.

En fonction du résultat de cette orientation professionnelle, il appartiendra par la suite à l'intimé d'examiner si, en plus, une mesure de reclassement est indiquée et si une rente doit être octroyée.

11. Au vu de ce qui précède, la décision sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre d'une orientation professionnelle et, en fonction du résultat de celle-ci, pour l'examen du droit à un reclassement professionnel ou à une rente.
12. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
13. L'intimé succombant dans une mesure notable, un émolument de justice de 200fr. est mis à sa charge.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 9 octobre 2007.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une orientation professionnelle et, en fonction du résultat de cette mesure, pour l'examen du droit à un reclassement professionnel et à une rente.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le