

GE_GERICHTE A/1826/2009 vom 10. Juni 2010

GE Cour de justice, 2010-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1826_2009

FR: GE_GERICHTE A/1826/2009 du 10 juin 2010

IT: GE_GERICHTE A/1826/2009 del 10 giugno 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.06.2010
A/1826/2009

A/1826/2009 ATAS/655/2010 du 10.06.2010 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 24.08.2010, rendu le 06.12.2010, REJETE En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1826/2009 ATAS/655/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 10 juin 2010

En la cause Madame F _____, domiciliée au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame F _____ (ci-après : «l'assurée» ou «la recourante»), ressortissante helvétique née en Bolivie en juillet 1951, a suivi une formation de nurse. Elle a travaillé comme vendeuse, réceptionniste, téléphoniste, employée de bureau, caissière et secrétaire. En dernier lieu, la recourante a travaillé dans un camping en qualité de gardienne à partir de janvier 2007, moyennant un salaire mensuel de 925 fr. Son contrat a été résilié le 13 août 2007 pour la fin du mois d'octobre 2007, en raison de prestations insatisfaisantes. Selon des certificats médicaux des Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne et diabétologie, Dresse M _____, chef de clinique du Département de psychiatrie aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) et Dr N _____, spécialiste FMH en médecine générale, psychiatrie et psychothérapie, la recourante s'est retrouvée en incapacité de travail total du 11 septembre 2007 au 30 août 2008. En raison de son incapacité de travail, la recourante a bénéficié de prestations de la VAUDOISE GENERALE Compagnie d'Assurances SA, assurance maladie collective de son dernier employeur, dès le 11 octobre 2007. Dans un courrier adressé au médecin conseil de la VAUDOISE GENERALE Compagnie d'Assurances SA du 8 février 2008, la Dresse M _____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F32.11) et une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31). Elle a précisé que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive, avec tristesse irritabilité importante, troubles de la concentration, troubles du sommeil, anhédonie. Son trouble de la personnalité concomitant à la phase dépressive provoquait des troubles du comportement incompatibles avec une quelconque activité professionnelle. Elle a estimé qu'une augmentation de la capacité de travail de la recourante ne pouvait pas être estimée à cette époque et devrait être réévaluée après trois mois de traitement. Dans un rapport du 4 juillet 2008, la Dresse N _____ a diagnostiqué des troubles anxieux généralisés, des phobies multiples y compris sociale fortement invalidante. Elle a précisé que les éléments entraînant l'incapacité de travail de l'assurée étaient l'évitement, sa difficulté de sortir de chez elle seule, une attitude commune (chien), un antécédent récent d'alcoolisation gravissime dans un contexte de deuils multiples d'où une aggravation vers un état dépressif bien antérieur à la première consultation, une thymie

dépressive, des idées suicidaires, de terreurs nocturnes, un abandonisme, un auto-dévalorisation, une perte de confiance en soi. Une reprise du travail n'était qu'à prévoir lentement, après le sevrage des antidépresseurs, la poursuite du travail d'exposition en thérapie cognivo-comportementale sur phobie, soit dans plusieurs mois. Selon une lettre de la Dresse M_____ au médecin conseil de la VAUDOISE GENERALE Compagnie d'Assurances SA du 9 juillet 2008, la recourante a été suivie du 15 janvier au 14 avril 2008 pour un épisode dépressif et a bénéficié d'entretiens psychiatriques et psychothérapeutiques, ainsi que d'un traitement antidépresseur. L'évolution a été progressivement bonne avec une amélioration de la thymie sous forme d'une reprise de l'élan vital, d'une diminution de l'aboulie et de la tristesse et d'une meilleure capacité de récupération par le sommeil. Compte tenu de cette évolution, un arrêt de travail ne s'est plus justifié à partir de la fin du mois de mars 2008. L'assurée a toutefois continué un suivi psychiatrique auprès de la Dresse N_____. Par lettre du 4 août 2008, VAUDOISE GENERALE Compagnie d'Assurances SA a annoncé l'arrêt de travail de l'assurée à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI) dans le cadre de la détection précoce. Selon le procès-verbal de l'entretien «détection précoce» du 25 août 2008, la recourante a déclaré qu'une dépression, une personnalité bipolaire depuis l'âge de 22 ans, un état dépressif et une maladie «TOC» étaient à l'origine de son incapacité de travail et qu'elle était sans emploi, sans pouvoir bénéficier d'indemnités de l'assurance chômage vu son incapacité de travail. Le 15 septembre 2008, la recourante a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI. Concernant l'atteinte à sa santé, elle a déclaré des troubles bipolaires en Hollande et une dépression en Suisse. Dans un rapport destiné à l'AI du 23 septembre 2008, la Dresse N_____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33) depuis plus de huit ans selon les dires de l'assurée. Au titre de l'anamnèse, elle a précisé que la recourante était issue d'une fratrie de 3, à 10 ans elle avait été séparée de son père (prisonnier politique à Cuba) et avait été élevée chez sa grand-mère paternelle puis en internat, elle se souvenait avoir subi des violences de la part de sa mère qui était autoritaire, elle s'était révoltée à l'adolescence, avait refusé d'entreprendre des études universitaires, avait suivi une formation de nurse, avait travaillé à l'âge de 20 ans comme monitrice, puis avait travaillé à la crèche et en pédiatrie des HUG. Le premier mariage de l'assurée a été résumé à des conflits conjugaux et des violences physiques de la part de son époux, son beau-père étant son seul soutien. La recourante s'est décrite comme une femme indépendante, souffrant vite de dépendance. Elle a souffert de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10) lorsqu'elle était sous l'emprise de la solitude et a consommé en cachette de son mari. Elle a mentionné des rapports intimes forcés et s'est finalement enfuie avec son enfant, laissant tout derrière elle y compris son chien qu'elle adorait. Le médecin fait état d'antécédents multiples de relations sentimentales vouées à l'échec. Sur le plan professionnel, l'assurée a déclaré avoir travaillé comme réceptionniste dans un hôtel, femme de ménage, employée de bureau, responsable de chiens dans une société canine, gestionnaire et femme de ménage dans un camping. Elle a été expulsée de ses appartements et a été récusée par sa fille et sa mère en raison de la présence de plusieurs chiens et chats. La recourante s'est plainte de réveils nocturnes, d'antécédents d'insomnie en Hollande, de nuits blanches, et d'irritabilité et d'agressivité de sa part, d'angoisses vespérales récurrentes, d'apathie, de tristesse, de somnolence diurne, de cauchemars et de sentiment de rejet, d'inutilité et d'injustice. La Dresse N_____ a indiqué qu'elle n'avait aucune donnée objective par rapport à une hospitalisation et à une mise à l'assurance-invalidité en Hollande. Son pronostic était réservé sur le plan thymique, étant précisé qu'en trois mois de

thérapie TCC (comportementale et cognitive), il y avait eu une nette régression des multiples phobies notamment sociale. Par rapport à la dernière activité de questionnaire d'un camping, le médecin a précisé que les restrictions consistaient en des phobies multiples et une dépression majeure non suicidaire, en n'excluant pas une bipolarité de type II. Il a ajouté que le rendement était réduit en raison des peurs en cours de restriction, de la problématique alcoolique absente à cette époque et de la bipolarité à stabiliser. Concernant la capacité résiduelle de travail de l'assurée, la Dresse N_____ a indiqué qu'une expertise permettrait de l'évaluer. Dans un rapport du 31 octobre 2008 la Dresse M_____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent sans symptôme psychotiques (F33.2). Elle a précisé que l'assurée avait fait l'objet de plusieurs hospitalisations à la Clinique de Belle-Idée il y avait plus de 20 ans. A l'anamnèse, elle a indiqué qu'il s'agissait d'une patiente suisse, née en Bolivie, ayant vécu en Amérique Latine jusqu'à l'âge de 13 ans (Bolivie puis Cuba). Les parents étaient Suisses, originaires du Tessin et ayant immigré en Amérique Latine en quête d'une meilleure situation économique voire de fortune. La patiente avait été mariée trois fois et divorcée trois fois. Du premier mariage, la patiente avait eu une fille qui était âgée de 32 ans et mère elle-même d'un enfant de 6 ans. La patiente était la fille puînée d'une fratrie de 3. Un frère aîné était mort des suites d'alcoolisme, de toxicomanie et des complications d'un HIV positif. La sœur cadette de la patiente, elle aussi, était décédée d'overdose et des suites d'alcoolisme et d'une toxicomanie avérée. La patiente avait accompli sa formation de base en Suisse puis elle avait entrepris des études de nurse avec un stage pratiqué à Montreux. Elle avait travaillé comme nurse dans des pouponnières vaudoises. A 20 ans, elle avait connu un étudiant bolivien qui était devenu son mari. Ils étaient partis en Bolivie et c'est là-bas que sa fille unique était née alors que la patiente était âgée de 24 ans. Une année plus tard, le couple s'était défait et avait divorcé. La patiente était revenue en Suisse chez ses parents à Genève. Elle avait arrêté une consommation d'alcool qui avait débuté en Bolivie. Son père était décédé quand la patiente était âgée de 27 ans. Le premier état dépressif pouvait être situé à l'âge de 30 ans. Après la mort de son père, elle avait une brutale prise pondérale de 40kg. La patiente s'était remariée une deuxième fois avec un ressortissant yougoslave. Il s'était agi d'un mariage de courte durée dû à l'alcoolisme et à la violence physique de l'époux. Le couple avait divorcé après une année et demie de vie commune. La patiente avait travaillé comme traductrice à la Caisse de compensation de Genève. Après son échec affectif avec son deuxième mari une nouvelle période dépressive était apparue, avec dépendance à alcool et une prise pondérale (jusqu'au poids de 90kg) nécessitant un suivi psychiatrique à la Consultation de la Jonction des HUG (Drs O_____, P_____ ET Q_____) avec un traitement médicamenteux et de la psychoéducation jusqu'en 1990. Depuis l'âge de 27 ans, la patiente, semble-t-il, avait eu une série de suivis psychiatriques pour soigner ses états dépressifs et son alcoolisme. La patiente s'était remariée une troisième fois avec un ressortissant hollandais et était partie vivre au Pays-Bas. La patiente avait le souvenir d'une période heureuse. Elle aimait la Hollande, avait appris la langue et avait commencé à s'intéresser aux animaux (chevaux et chats). Malheureusement, la patiente avait échoué pour la troisième fois sentimentalement puisque son mari était devenu volage et obsédé des motos (appartenance à une-bande de motards). La patiente était revenue en Suisse. Il s'était ensuivi une période oscillant entre reprise et travail et état dépressif. En 2007, elle était propriétaire d'une meute de chiens polaires (6) et de deux chats et est partie vivre à Nyon et à la région de la Givrine. Elle avait gagné sa vie comme gardienne de camping. Les rapports avec son patron s'étaient envenimés à cause des plaintes du voisinage dû à la meute des chiens et des

chats. Elle avait été expulsée de la Givrine, avait été licenciée de son travail et avait dû quitter le suivi médical avec le Dr L_____, généraliste à Nyon, qui la suivait jusqu'alors et qui l'a adressée à la Consultation de la Servette. Elle était revenue à Genève et avait cohabité avec sa mère. La cohabitation avait été difficile avec sa mère qui était très âgée et elle avait elle-même des animaux. Toute une série de tractation et de négociation s'était ensuivie pour garder d'une partie de sa meute et de confier à des amis et des voisins les autres animaux tout en s'occupant d'eux pendant la journée. La patiente avait été suivie à la Consultation de la Servette du 15 janvier 2008 au 21 avril 2008. La Dresse M_____ a estimé que l'incapacité de travail était totale du 1^{er} au 31 mars 2008, en précisant que le suivi psychiatrique auprès des HUG avait pris fin en avril 2008, que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle et qu'au titre des mesures de réadaptation envisageables, dans un milieu protégé (ateliers socio-professionnels), l'assurée pourrait refaire l'apprentissage du travail. Le 26 février 2009, la recourante a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique de la part de la Dresse R_____, spécialiste FMH en psychiatrie, du Service Médical Régional (SMR) de Suisse romande. Dans son rapport du 3 mars 2009, la Dresse R_____ n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. En revanche, elle a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00), une personnalité émotionnellement labile de type borderline, non décompensé (F60.31), des difficultés d'ordre psychosocial (Z60.8), une privation de relations affectives pendant l'enfance (Z61.0) et des phobies spécifiques (isolées) (F40.2). Après avoir rappelé les anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique de la recourante, et décrit la vie quotidienne de cette dernière, la Dresse R_____ a indiqué, relativement au status psychiatrique, que l'examen ne mettait en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique ni d'un trouble décompensé de la personnalité et que l'assurée ne se considérait pas comme une malade psychiatrique, sa motivation pour la demande de rente AI ayant été la pression de la part de l'aide sociale. Dans l'appréciation du cas, la Dresse R_____ a indiqué notamment ce qui suit : « Sur le plan familial, son frère et sa soeur sont décédés prématurément, dans un contexte de polytoxicomanie et de dépression pour la soeur. Le père de l'assurée est décrit comme un homme très violent et dénigrant. Sur le plan personnel, l'assurée souffre de la maltraitance physique et morale qu'elle a subie de la part de son père. Sa vie sentimentale est un fiasco, avec 3 divorces d'hommes qui ont été extrêmement violents. Sur le plan psychiatrique, l'assurée décrit plusieurs épisodes de baisse du moral, dont le début est mis en corrélation avec le décès de son père en 1979. L'assurée dit avoir travaillé durant la plupart de ces épisodes. La fin de l'activité professionnelle de septembre 2007 est mise en lien avec des conditions de travail difficiles, un sentiment d'épuisement et de conflits avec le voisinage. L'assurée reconnaît que son moral a chuté en lien avec ces difficultés, elle aimerait travailler à nouveau, avec les chiens et si possible en tant que moniteur canin. A l'examen de ce jour, il s'agit d'une assurée intelligente, de bonne constitution psychique, tout en gardant les séquelles d'une maltraitance compatible avec la violence décrite de son père : l'identité est mal définie, les relations avec les hommes sont fragiles et un sentiment d'instabilité est aggravé par les multiples déménagements de son enfance. Ces caractéristiques correspondent à un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline non décompensé. Sur le plan des éléments dépressifs, l'intensité actuelle est légère. Au vu de la quasi absence de séquelles dépressives hormis quelques légers flous dans les dates depuis 2007, l'examen de

ce jour permet d'exclure que l'assurée ait souffert d'une problématique dépressive d'intensité sévère et à caractère invalidant. Sa souffrance est très importante mais sur un plan psychosocial. Les éléments dépressifs observés ne peuvent être considérés comme ayant une incidence sur son exigibilité professionnelle. Face aux documents médicaux en notre possession, le rapport de la psychiatre traitante, la Dresse N _____, daté du 23.09.2008 suggère un diagnostic de trouble bipolaire étant donné que l'assurée ne décrit que de l'agitation et pas d'élévation de l'humeur ni d'autre signe d'épisode thymique haut, ce diagnostic n'a pas été retenu à l'examen de ce jour, d'autant plus que l'assurée ne décrit dans son existence que des épisodes de thymie basse. Au vu du tableau global, on pourrait plutôt émettre l'hypothèse d'une décompensation du trouble de la personnalité borderline dans un contexte de déception sentimentale qui aurait justifié l'octroi d'une rente invalidité limitée dans le temps aux Pays-Bas. La Dresse N _____ ne se prononce pas sur l'exigibilité professionnelle, proposant une expertise psychiatrique. Quant au rapport médical de la Consultation de la Jonction signé par le Dr D. M _____ le 14.11.2008, il y est mentionné un diagnostic de trouble dépressif récurrent sans symptôme psychotique, avec la mention d'un arrêt de suivi lorsque le thérapeute a proposé à l'assurée une reprise professionnelle. Les versions divergent entre l'assurée et le rapport de son thérapeute. En conséquence, le dossier de l'assurée ne contient pas de document médical la considérant comme incapable de travailler en raison d'une atteinte psychiatrique à la santé. Cette appréciation corrobore l'examen de ce jour ; l'assurée est fortement souffrante en raison de la fragilité de sa personnalité et de difficultés d'ordre psychosocial, mais elle n'est pas atteinte d'une maladie psychiatrique à caractère invalidant. Elle aimerait travailler et s'en sent capable, alors que l'examen de ce jour confirme que son état de santé psychiatrique est compatible avec une exigibilité professionnelle totale.» La Dresse R _____ a considéré qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique, que l'assurée avait été mise en arrêt de travail de son activité de gardienne de camping au 10 septembre 2007, cette mise en arrêt de travail étant caractérisée par des difficultés relationnelles avec l'employeur, associées à un sentiment d'épuisement face à des horaires-décrits comme excessifs, et qu'il était tout à fait plausible que l'assurée ait souffert d'une symptomatologie dépressive de nature réactionnelle face à cet événement, mais celle-ci ne correspondait pas à une atteinte à la santé au long cours, et que son état de santé psychiatrique lui permettait de travailler à plein temps, les éléments dépressifs étant légers et corrélés à une problématique psychosociale et non à une atteinte endogène à la santé. Concernant la capacité de travail exigible, sur le plan strictement psychiatrique, La Dresse R _____ a retenu que l'assurée avait une exigibilité professionnelle de 100% notamment dans l'emploi de nurse, pour lequel elle était diplômée. Etant donné qu'elle n'avait plus exercé ce métier depuis l'âge de 21 ans, une remise à jour pourrait la soutenir dans sa reprise professionnelle. Par communication du 12 mars 2009, l'OAI a informé la recourante qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, faute d'atteinte invalidante au sens de la LAI, et l'a invitée à formuler ses éventuelles observations dans un délai de 30 jours. Dans une lettre à l'OAI du 15 mars 2009, la Dresse N _____ a indiqué que la recourante pouvait garder des contacts avec des amis et amis, pouvait se déplacer dans les lieux publics, n'avait plus ni de saut d'humeur ni de troubles s'apparentant à un trouble bipolaire, avait finalisé le sevrage d'alcool, n'avait plus de flash-back de violences conjugales des précédentes relations conjugales avait pu faire le deuil récemment de son ex-mari d'Hollande dont elle n'était en réalité pas divorcée légalement à ses dires. Elle a ajouté qu'il restait des troubles de la personnalité qui nécessitaient un suivi conjoint avec les

services sociaux afin d'éviter une marginalisation à risque, le facteur de risque majeur chez résidant dans l'absence de logement fixe. La recourante n'a pas adressé d'observations relatives au projet de décision de l'OAI. Par la décision attaquée du 27 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de la recourante, en considérant que la capacité de travail de cette dernière était totale dans toute activité. Par courrier du son avocate du 26 mai 2009, l'assurée a recouru contre la décision précitée, en concluant à l'annulation de cette dernière et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a par ailleurs sollicité un délai pour pouvoir compléter son recours. Dans une lettre à l'attention de l'avocate de la recourante du 28 juillet 2009, la Dresse N _____ a indiqué que, selon les informations confiées par la recourante mais sans détenir de document l'attestant, cette dernière a été suivie en Hollande dans un milieu hospitalier psychiatrique et aurait eu une pension d'invalidité durant une année. Elle a ajouté que la problématique relative aux épisodes dépressifs présentés par le passé en lien avec des deuils était atténuée, que les troubles de personnalité, tels que décrits dans le rapport d'expertise, n'étaient pas, à sa connaissance, un diagnostic validé comme ayant une répercussion sur la capacité résiduelle de travail dans le cadre de l'assurance invalidité, que la remarque d'un trouble de la personnalité «non décompensé» lui semblait approprié et que, dans ce contexte, elle estimait qu'il n'était pas possible de retenir une baisse de la capacité de travail significative. Par mémoire de son conseil du 31 juillet 2009, la recourante a complété son recours, en concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité dont le degré devrait être fixé après instruction médicale complémentaire, avec suite de dépens. Préalablement, elle a conclu à l'audition des parties et à l'ordonnance d'une contre-expertise médicale sur le plan psychiatrique. En substance, elle conteste les conclusions de l'expertise psychiatrique du SMR en tant qu'il est considéré que les troubles répertoriés seraient sans répercussion sur sa capacité de travail. Elle estime en effet que son trouble de la personnalité concomitant à la phase dépressive, diagnostiqué par le Dr M _____ des HUG, provoque des troubles du comportement incompatible avec une quelconque activité professionnelle. Elle conteste par ailleurs avoir déclaré qu'elle n'aurait déposé sa demande de prestations AI que sous la pression de l'aide sociale. Enfin, elle relève qu'il est faux de retenir qu'elle n'aurait jamais été hospitalisée, en se référant à la lettre de la Dresse N _____ du 28 juillet 2009. Dans sa réponse du 31 août 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La décision attaquée du 27 avril 2009, envoyée par l'OAI sous pli simple, a été reçue par la recourante au plus tôt le lendemain. Par conséquent, le recours interjeté le 26 mai 2009 en la forme prescrite est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte

d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). c) 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). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_4/2009 du 20 novembre 2009, consid. 2.2). En l'espèce, l'OAI a retenu que l'invalidité de la recourante était nulle, en se référant à l'avis du SMR, sous-entendu y compris au rapport de la Dresse R_____ du 26 février 2009. De son côté, la recourante conteste les conclusions de ce rapport et estime que sa capacité résiduelle de travail est réduite (en demandant au Tribunal de céans d'en déterminer le degré), en se référant à l'avis de la Dresse M_____ résultant d'une lettre du 8 février 2008 et d'un rapport médical du 31 octobre 2008. Dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 26 février 2009, la Dresse R_____ est parvenue à la conclusion que la recourante n'avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique, que les éléments dépressifs étaient légers et corrélés à une problématique psychosociale et non à une atteinte endogène à la santé que l'assurée avait une exigibilité professionnelle de 100% notamment dans l'emploi de nurse, pour lequel elle était diplômée. Ce rapport a été établi sur la base du dossier médical complet, y compris des avis de la Dresse M_____, repose sur un examen approfondi, prend en considération les plaintes de la recourante et ses conclusions sont convaincantes. Il respecte ainsi tous les réquisits jurisprudentiels susmentionnés pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Quant aux avis antérieurs de la Dresse M_____, ils ne sont pas incompatibles avec les conclusions de la Dresse R_____. En effet, dans sa lettre 8 février 2008, la Dresse M_____ a indiqué que le trouble de la personnalité concomitant à la phase dépressive provoquait des troubles du comportement incompatibles avec une quelconque activité professionnelle et qu'une augmentation de sa capacité de travail ne pouvait pas être estimée à cette époque et devrait être réévaluée après trois mois de traitement. Dans sa lettre subséquente du 9 juillet 2008, le médecin précité n'a pas retenu une incapacité de travail totale permanente mais, au contraire, a précisé qu'un arrêt de travail ne s'était plus justifié à partir de la fin du mois de mars 2008. Enfin, dans son rapport du 31 octobre 2008, la Dresse M_____ a estimé

que l'incapacité de travail était totale du 1^{er} au 31 mars 2008, en précisant que le suivi psychiatrique auprès des HUG avait pris fin en avril 2008, mais que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle et qu'au titre des mesures de réadaptation envisageables, dans un milieu protégé (ateliers socio-professionnels), l'assurée pourrait refaire l'apprentissage du travail. Quant à la Dresse N_____, psychiatre traitant de la recourante, elle a adhéré aux conclusions de la Dresse R_____, en déclarant que la problématique relative aux épisodes dépressifs présentés par le passé en lien avec des deuils était atténuée, que les troubles de personnalité, tels que décrits dans le rapport d'expertise, n'étaient pas, à sa connaissance, un diagnostic validé comme ayant une répercussion sur la capacité résiduelle de travail dans le cadre de l'assurance invalidité, que la remarque d'un trouble de la personnalité «non décompensé» lui semblait approprié et que, dans ce contexte, elle estimait qu'il n'était pas possible de retenir une baisse de la capacité de travail significative. Il faut ainsi admettre que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'on ne se trouve pas en présence de divergence d'opinion entre médecins, mais que son état de santé s'est amélioré entre février 2008 et février 2009 et que, compte tenu sa pleine valeur probante, le rapport d'examen clinique psychiatrique de la Dresse R_____ doit être préféré aux autres avis médicaux antérieurs. Cette conclusion se justifie d'autant qu'à l'appui de sa critique des conclusions du médecin précité, la recourante n'apporte aucun médical nouveau. Pour ce motif également, il ne justifie nullement d'ordonner une contre-expertise. S'agissant des griefs relatifs aux erreurs que contiendraient le rapport de la Dresse R_____ au sujet d'une hospitalisation en Hollande et à des propos que la recourante auraient tenus ou non, le Tribunal de céans constate que, même si ces erreurs devaient être avérées, ce qui n'est pas le cas sur la base du dossier, elles ne portent pas sur des éléments ayant joué un rôle déterminant dans les conclusions de la Dresse R_____. Dans cette mesure, il ne justifie pas non plus d'ordonner l'audition de la recourante. Au bénéfice des explications qui précèdent, le Tribunal de céans se rallie aux conclusions de la Dresse R_____ et considère que la recourante ne souffre pas d'affection psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Le recours sera donc rejeté. Un émolument de 200 fr. sera mis à charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Par ces motifs, Le Tribunal cantonal des assurances sociales : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante . 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 ; RS 173.110); 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 Irène PONCET Le président Patrick UDRY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le