

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2124/2011

ATAS/719/2012

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 mai 2012**

**3ème Chambre**

En la cause

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

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame M \_\_\_\_\_, née en 1951, téléphoniste/réceptionniste, s'est annoncée une première fois à l'assurance-invalidité le 4 novembre 1993 en invoquant des douleurs au niveau du bras et de l'épaule droits, des cervicales et des dorsales, une hypotension et de la fatigue suite à une chute survenue en novembre 1991. Se fondant principalement sur le dossier de l'assureur-accident, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée au motif que les atteintes à la santé (syndrome cervical algique, syndrome de l'angulaire de l'omoplate droit, périarthrite scapulo-humérale droite, état dépressif réactionnel et côlon spastique) n'entraînaient pas d'incapacité de travail. Cette décision a été rendue le 21 décembre 1994.
2. L'assurée - qui avait entre-temps repris à mi-temps une activité identique à celle exercée précédemment - s'est annoncée une seconde fois à l'assurance-invalidité le 8 janvier 2004, en alléguant être totalement incapable de travailler depuis le 15 novembre 2002 en raison des séquelles d'un accident de la circulation routière survenu le 17 mai 2000. Du dossier de l'assureur-accidents et de l'instruction menée par l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI), il est ressorti que les diagnostics retenus étaient les suivants : syndrome cervical, brachialgies, radiculopathie C6-C7, syndrome vertigineux post-traumatique, état de stress et céphalées post-traumatiques et état anxio-dépressif. Étaient également mentionnés une discopathie protrusive C6-C7 avec une petite hernie discale et un rétrécissement de calibre du canal cervical de C5 à C7 dont il a été précisé qu'ils n'influençaient pas la capacité de travail.

Le Dr A \_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, concluait à un état de stress post-traumatique chronicisé, totalement incapacitant, ainsi qu'à une modification durable de la personnalité et à un état dépressif moyen avec syndrome somatique sans répercussion sur la capacité de travail.

Un examen bidisciplinaire (médecine physique et rééducation et psychiatrie) mené au Service médical régional (SMR) a conclu à des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, une hernie discale C5-C6 sans signe de compression ni trouble neurologique associé, une personnalité à traits dépendants et une fibromyalgie sans influence sur l'exercice de l'activité habituelle dont il a été estimé qu'elle était adaptée puisqu'elle permettait à l'assurée de ne pas conserver une position statique du rachis cervical plus d'une heure et demie, d'éviter le port de charges, l'élévation répétitive des membres supérieurs au-delà de 90°, les mouvements de rotation droite/gauche brusques et répétitifs et lui permettait de varier les positions et d'effectuer des exercices de stretching de la musculature cervicale toutes les une à deux heures.

Sur la base de ces éléments, l'OAI a rejeté la demande de prestations par décision du 11 août 2005, confirmée sur opposition le 17 juillet 2006, puis par le Tribunal

cantonal des assurances sociales -alors compétent- par arrêt du 14 mai 2009 (ATAS/605/2009) et enfin par le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 5 mars 2010 (9C\_574/2009). Le Tribunal fédéral a estimé que l'appréciation de la juridiction cantonale - qui avait reconnu pleine valeur probante à l'expertise du SMR et avait nié l'existence d'un syndrome de stress post-traumatique comme comorbidité psychiatrique - ne pouvait être considérée comme arbitraire et qu'au surplus, la juridiction cantonale avait exposé de façon convaincante et détaillée les raisons pour lesquelles elle avait nié le caractère invalidant de la fibromyalgie de l'assurée.

3. Le 4 juin 2010, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations, que l'OAI a rejetée par décision du 8 juin 2011, au motif que les pièces produites par l'assurée ne permettaient pas de conclure à une modification de l'état de fait.
4. Par écriture du 11 juillet 2011, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce qu'il soit constaté que son état de santé s'était modifié de nature à lui ouvrir un droit aux prestations de l'assurance-invalidité depuis juin 2010 et que la cause soit renvoyée à l'OAI pour fixation du degré d'invalidité.

A l'appui de sa position, la recourante produit les éléments suivants :

- un rapport établi suite à un ECG pratiqué le 17 juin 2010 constatant l'absence de pause ou de bradycardie pathologique, mais notant l'existence d'épisodes de tachycardies sinusales parfois symptomatiques et d'extrasystoles supra-ventriculaires isolées sporadiques ;
- une échocardiographie du 18 juin 2010 concluant à un examen normal ;
- un bref certificat du Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine traditionnelle chinoise, attestant avoir reçu l'assurée pour une douleur sévère avec hématome réduisant considérablement la marche ;
- un certificat du Dr A \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, du 8 juillet 2010, faisant mention d'une aggravation de l'état psychique de sa patiente suite à deux chutes survenues dans l'escaliers de son immeuble en juillet 2009 et avril 2010 ; selon le médecin, ces chutes ont eu pour conséquence une aggravation de l'état anxio-dépressif préexistant et une intensification des troubles du comportement de l'assurée qui ont nécessité une adaptation de la prise en charge psychiatrique avec augmentation de la posologie d'antidépresseurs et augmentation de la fréquence des séances (une fois tous les quinze jours au lieu d'une fois toutes les trois semaines) et ont entraîné une totale incapacité de travail ;
- un certificat du Dr C \_\_\_\_\_, chiropraticien attestant avoir reçu l'assurée en août 2009 puis en avril 2010 suite à ses deux chutes dont le

traitement a été assez long et ardu avec des phases d'amélioration et de péjoration ;

- un rapport du Dr D\_\_\_\_\_, neurologue FMH, du 8 février 2011, concluant à un examen neurologique normal et relatant que l'assurée se plaint de céphalées de caractère mixte, de cervicalgies et lombalgies sans déficit neurologique ou élément radiculaire;
- un résumé d'intervention du Centre de thérapie brève (CTB) du 3 février 2011, suite à l'admission de l'assurée du 28 octobre 2010 au 14 janvier 2011, concluant à un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ;
- un certificat établi par le 4 juillet 2011 par le Dr E\_\_\_\_\_, de la Clinique BELMONT, certifiant que l'état de santé de l'assurée « est incompatible avec la reprise d'une activité et justifie une incapacité de gain donc une rente au titre de l'assurance-invalidité » (sic) ; le médecin conclut à un trouble dépressif majeur avec degré de désespoir important et à un état de stress post-traumatique avec forte réactivité émotionnelle ;

5. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 août 2011, a conclu au rejet du recours.

Il souligne que dans sa seconde demande de prestations, l'assurée alléguait déjà une totale incapacité de travail en se basant sur les avis de ses médecins traitants.

Quant au fond, l'intimé maintient que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié de manière à influencer son droit aux prestations.

6. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 13 octobre 2011 lors de laquelle a été entendu le Dr F\_\_\_\_\_, chiropraticien, qui suit l'assurée depuis avril 2011 pour des douleurs chroniques, cervicales et lombaires. Le témoin a émis l'avis que l'assurée souffre d'un dysfonctionnement du système neurovégétatif ayant pour conséquence des troubles du sommeil et un état d'épuisement. Il a indiqué qu'il n'y a pas eu d'amélioration du point de vue de son état psychique. Le traitement vise à essayer de l'apaiser pour permettre à son corps de récupérer. Le témoin a indiqué ne pouvoir cependant poser de diagnostic, dont il a estimé qu'il ressortait de la compétence du psychiatre. Le témoin a encore précisé que l'état de l'assurée ne s'est pas amélioré depuis 2002 et que l'usure qui en découle ne peut que faire présager une péjoration de son état.
7. Le même jour a été également entendu le Dr G\_\_\_\_\_, médecin traitant depuis septembre 2010 de l'assurée dont il a indiqué qu'elle se plaint principalement de problèmes d'ordre psychique (angoisse, dépression, difficultés relationnelles) et, sur le plan somatique, de douleurs dorsolombaires, de nuchalgies,

de céphalées et de palpitations. Le médecin a indiqué que l'état de la recourante est demeuré relativement stable depuis qu'il l'a reçue la première fois en consultation.

8. Entendu à son tour, le Dr E \_\_\_\_\_, psychiatre qui suit la recourante depuis janvier 2011, c'est-à-dire depuis son hospitalisation à la clinique Belmont, a expliqué que l'assurée a été hospitalisée de jour (de 9h à 17h) jusqu'au mois de mai, puis suivie en ambulatoire, puis à nouveau hospitalisée de jour depuis le mois de septembre 2011. Le Dr E \_\_\_\_\_ a confirmé ses diagnostics, à savoir : trouble dépressif majeur récurrent (F 33.2), trouble anxieux généralisé (F 41.1). S'y ajoutait un problème d'alcool qui paraît désormais résolu (F 10).

Le témoin a souligné que le terrain dépressif chez l'assurée est très ancien puisque l'on retrouve des antécédents de suicides parmi les membres de sa famille, ce qui peut donner à penser que le risque peut être important pour l'assurée.

Selon le Dr H \_\_\_\_\_, l'état dépressif s'est aggravé en 2000 lorsque l'assurée a été victime de son premier accident, puis encore par la suite, en 2009 et 2010, de sorte qu'il lui est absolument impossible d'exercer la moindre activité lucrative sans courir le risque d'une décompensation grave.

9. Dans ses écritures après enquêtes du 9 novembre 2011, l'intimé a persisté à conclure au rejet du recours en se référant à l'avis émis par le SMR en date du 17 octobre 2011.
10. Quant à la recourante, elle s'est exprimée par écriture du 2 décembre 2011.

Elle soutient qu'aucune valeur probante ne saurait être reconnue à l'avis du SMR puisqu'on ignore quel médecin l'a rendu et quelle est sa spécialisation.

La recourante persiste à demander la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la Cour de cassation pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

---

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est modifié depuis le 17 juillet 2006 - date de la décision sur opposition rejetant sa demande précédente - au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés

sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI,

prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

9. En l'espèce, il convient de rappeler qu'au moment de la décision précédente, les diagnostics suivants ont été posés : cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, hernie discale C5-C6 sans signe de compression ni trouble neurologique associé, personnalité à traits dépendants et fibromyalgie non invalidante. Ont été retenues comme limitations fonctionnelles : le fait de ne pouvoir conserver une position statique du rachis cervical plus d'une heure et demie, de devoir éviter le port de charges, l'élévation répétitive des membres supérieurs au-delà de 90°, les mouvements de rotation droite/gauche brusques et répétitifs et la nécessité de pouvoir varier les positions et effectuer des exercices de stretching de la musculature cervicale toutes les une à deux heures.

On relèvera, s'agissant des éléments produits par la recourante à l'appui de l'aggravation alléguée, que l'ECG du 17 juin 2010 ne montre pas d'aggravation susceptible d'influencer le droit aux prestations puisqu'il constate l'absence de pause ou de bradycardie pathologique. Certes, il note l'existence d'épisodes de tachycardies sinusales et d'extrasystoles supra-ventriculaires isolées sporadiques mais il précise également qu'elles ne sont pas toujours symptomatiques. Qui plus est, il n'est pas allégué que ces épisodes auraient des conséquences en termes de capacité de travail et l'échocardiographie pratiquée le 18 juin 2010 a conclu à un examen normal.

De même, le Dr D\_\_\_\_\_, neurologue, a conclu à un examen neurologique normal, précisant même que la hernie discale C6-C7 décrite ne semblait pas expliquer la symptomatologie et ne trouvait pas de traduction à l'examen clinique. Quant aux troubles allégués par l'assurée, il les a qualifiés d'attentionnels plutôt que de mnésiques.

La recourante ne saurait non plus tirer argument de l'attestation du Dr B\_\_\_\_\_, dans la mesure où le médecin se contente de se faire l'écho de la douleur alléguée par l'assurée sans l'étayer d'aucun élément médical objectif. Il en va de même de l'attestation du Dr C\_\_\_\_\_. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il a admis ne pouvoir poser de diagnostic objectif et s'il a indiqué que l'état de l'assurée ne s'est pas amélioré depuis 2002 et qu'il fallait présager une péjoration de son état, il n'a pas affirmé que cette péjoration se serait déjà produite.

Quant au Dr G\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée depuis septembre 2010, loin de faire état d'une aggravation, il a qualifié l'état de sa patiente de « relativement stable ».

Partant, la Cour de céans considère qu'aucune aggravation n'a été rendue plausible sur le plan somatique.

Sur le plan psychique, en revanche, il est vrai que le Dr A\_\_\_\_\_ parle d'une aggravation de l'état anxio-dépressif préexistant, désormais qualifié de sévère, et d'une intensification des troubles du comportement de l'assurée, que les médecins

du CTB évoquent un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et que le Dr E \_\_\_\_\_ fait état d'un trouble dépressif majeur avec degré de désespoir important. Des explications fournies par le CTB, il ressort que l'assurée a vraisemblablement présenté une péjoration de sa problématique dépressive suite à un sevrage involontaire au Valium (ce dernier ne lui a plus été prescrit lorsqu'elle a changé de médecin généraliste durant l'été 2010).

Dans cette mesure, on peut considérer qu'une aggravation a été rendue plausible sur le plan psychique, que l'intimé aurait dès lors dû investiguer de manière plus approfondie plutôt que de se contenter de l'avis de son SMR, sans procéder à un nouvel examen de l'assurée. Dès lors que les éléments versés au dossier ne suffisent pas à déterminer précisément quelles sont les conséquences de l'aggravation de l'état dépressif - désormais qualifié de sévère par plusieurs spécialistes - sur la capacité de travail de l'assurée, il conviendrait effectivement de mettre sur pied une expertise psychiatrique pour éclaircir la question.

Les faits n'étant pas suffisamment élucidés à cet égard, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction sous forme d'expertise psychiatrique, confiée de préférence à un spécialiste extérieur au SMR puisque ce dernier s'est d'ores et déjà prononcé, et nouvelle décision.

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision du 8 juin 2011 annulée. La recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 8 juin 2011.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 3'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. 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; 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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