

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2769/2009

ATAS/1183/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 23 novembre 2010

En la cause

Madame C_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître LAMMAR Stéphanie

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Patrick MONNEY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après l'assurée), née en 1948, a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) en août 2006 pour une dépression, dont elle est atteinte depuis 2003.
2. Elle a travaillé, de 1994 à 2003, auprès de particuliers en tant que gouvernante, garde d'enfants et femme de ménage, et, parallèlement, de 2000 à 2003, dans l'entretien et le nettoyage, le soir.
3. Selon le rapport médical de la Dresse L _____, psychiatre, du 18 septembre 2006, l'assurée souffre de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique, et de troubles de la personnalité borderline. Elle a été incapable de travailler à 100 % de mai 2003 à janvier 2005 et à 50 % depuis lors.
4. Selon le certificat médical du 30 septembre 2005 des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée est hospitalisée depuis le 27 septembre 2005 dans le service de psychiatrie pour adultes.
5. Selon le rapport médical de la Dresse L _____ du 14 juin 2007, l'état est stationnaire, l'incapacité de travail de 100 % depuis avril 2003 est réduite à 50 % depuis mai 2006.
6. Selon un projet de décision du 21 avril 2008, l'OAI admet un taux d'incapacité de travail de 100 % dès le mois d'avril 2003, de 50 % dès le 24 janvier 2005, de 100 % dès le 1^{er} octobre 2005, de 50 % dès le 1^{er} mai 2006, puis de 40 % dès le 5 septembre 2006. Ainsi, un taux d'invalidité de 100% est retenu dès avril 2004, mais, le dépôt de la demande datant du 10 août 2006, la rente ne peut être versée que pour les douze mois précédents, soit dès le 1^{er} août 2005. La rente octroyée est une demi rente dès le 1^{er} août 2005 (invalidité à 50%), une rente entière dès le 1^{er} janvier 2006 (invalidité à 100%), une demi rente dès le 1^{er} août 2006 (invalidité à 50%), puis un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2007 (invalidité à 40%).
7. Par pli du 20 mai 2008, l'assurée a contesté le projet de décision, estimant avoir été au bout de ses possibilités physiques pour maintenir son emploi, l'incapacité de travail est totale depuis mai 2008, son état de santé s'étant péjoré. Elle conteste en particulier le quart de rente dès le 1^{er} janvier 2007
8. Par avis du 19 mai 2008, la Dresse M _____, auprès du département psychiatrique des HUG, indique une baisse progressive de l'état général de la patiente, une perte d'appétit, perte pondérale, troubles de l'équilibre et de la mémoire. La patiente est totalement incapable de travailler depuis deux mois.

Selon un certificat médical du Dr N_____, médecin généraliste, du 20 mai 2008, l'état de santé psychique et somatique de l'assurée s'est nettement dégradé, l'état dépressif est majeur, décompensé, et accentué par des troubles d'origine peu claire de l'équilibre.

9. Selon le rapport médical de la Dresse M_____ du 5 septembre 2008, l'état de santé est stationnaire, l'assurée est incapable de travailler totalement depuis le 24 avril 2008, le pronostic est réservé, la recrudescence de la symptomatologie anxio-dépressive, ainsi que les multiples symptômes neurologiques (céphalées, équilibre, vertiges) étant apparus depuis avril 2008. La capacité de travail est nulle dans toute activité depuis avril 2008.
10. La Dresse O_____, du SMR, propose le 27 octobre 2008 de procéder à une expertise somatique et psychiatrique de l'assurée.
11. Selon le rapport d'expertise du 14 janvier 2009 du Centre d'expertise médicale (CEMED SA) signé par le Dr P_____, spécialiste en médecine interne, et le Dr L. T_____, psychiatre, il n'existe aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics ayant une répercussion sont diverses affections somatiques, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, depuis 2003 environ (F 33.10) et un syndrome de dépendance aux sédatifs depuis quelques années. Aucune affection n'a d'influence sur la capacité de travail, qui est totale, dans l'activité exercée jusqu'ici, sans diminution de rendement.
12. Par décision du 22 juin 2009, l'OAI refuse toutes prestations à l'assurée, se fondant sur l'expertise du CEMED.
13. Par acte du 3 août 2009, l'assurée forme recours devant le Tribunal de céans contre la décision de OAI, sollicite le réexamen de son cas, sur la base notamment de l'avis de son médecin, la Dresse M_____. Ce médecin adresse le 27 août 2009 au Tribunal une attestation indiquant que l'assurée est suivie à la Consultation des Eaux-Vives depuis 2003, suite à une première tentative de suicide grave, dans un contexte de trouble dépressif récurrent. Hospitalisée à nouveau en 2005, en entrée non volontaire, suite à un deuxième tentamen médicamenteux avec perte de connaissance et traumatisme crânien, l'assurée se plaint depuis lors de fatigue, diminution de la concentration et de la mémoire, d'un épuisement physique et psychique, elle souffre fréquemment de découragement, avec pensées suicidaires, et de fréquentes angoisses avec oppression thoracique. Les plaintes somatiques, multiples et variables, ne peuvent pas être expliquées par un trouble somatique identifiable (céphalées, trouble de l'équilibre, vertiges récidivants, paresthésie), ceux-ci et l'anxiété s'accompagnent d'une perturbation du comportement et ont conduit à une altération du fonctionnement social et familial. L'évolution est fluctuante et chronique. Les différents traitements prescrits ont induit une dépendance aux benzodiazépines. Toutefois, la patiente a été hospitalisée en mars

2009 pour faire un sevrage de Xanax. Les difficultés sont inscrites dans un contexte d'une personnalité qui souffre d'un trouble de la personnalité de type borderline. L'assurée est incapable de travailler depuis 2002, l'état de santé, bien qu'il soit instable et fluctuant, ne s'est pas amélioré, mais plutôt aggravé. Or, l'OAI avait admis une invalidité de 100 % dès avril 2004, puis 50 % dès mai 2005, puis 100 % dès janvier 2006, puis 50 % dès août 2006, diminuée à 40 % en janvier 2007, pour finalement refuser toute rente par décision en 2009.

14. Par pli du 15 septembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.
15. Dans le cadre de l'instruction de la cause, la Dresse M_____ a transmis au Tribunal le 20 octobre 2009 un rapport du Dr Q_____, neurologue, et de Madame D_____, psychologue, du 30 août 2009, lequel conclut que les troubles psychiques sont au premier plan, les résultats des examens cognitifs et psychométriques sont difficilement interprétables, compte tenu de l'état thymique de l'assurée durant l'évaluation. Sur cette base, l'OAI conclut le 9 novembre 2009 que ces documents n'amènent pas d'élément nouveau.
16. Par arrêt du 27 novembre 2009, la Présidente du Tribunal de céans a rejeté la demande de récusation formée contre Madame E_____, alors Présidente, dans toutes les causes en matière d'invalidité dont elle était saisie.
17. Par pli du 14 décembre 2009, le conseil de l'assurée s'est opposé aux conclusions du SMR et a requis l'audition de la Dresse M_____. Elle a confirmé cette demande lors de l'audience de comparution des mandataires du 19 janvier 2010.
18. Le Dr U_____ ayant repris le suivi de l'assurée, à la suite de la Dresse M_____, a été entendu en qualité de témoin le 16 février 2010. En tant que chef de clinique de la Consultation des Eaux-Vives, il avait également supervisé la situation de l'assurée depuis le début de son suivi par la Dresse M_____. Il a déclaré ce qui suit : « Nous avons dû hospitaliser la patiente en raison d'une aggravation de son état de santé que nous n'avons pas réussi à stabiliser par d'autres moyens. La situation était sévère. L'hospitalisation de 3 semaines (du 28.12.09 au 14.01.10) a donné de bons résultats.

La patiente est suivie à la consultation des Eaux-Vives depuis 2003, période à laquelle ses troubles se sont déclarés. Les variations dans la capacité de travail de la patiente qui oscillent entre 0 et 50 % depuis 2003 sont dues à l'expression du trouble qui varie principalement en fonction du rappel du contexte qui est la cause du trouble. De plus, nous cherchons à améliorer l'état de santé par des traitements et des incitations, dans l'espoir que cela fonctionne et que la patiente puisse à nouveau travailler à temps partiel. Toutefois, cela n'a pas fonctionné. Depuis avril 2008, la patiente est totalement incapable de travailler.

J'admets le diagnostic de "trouble dépressif récurrent" qui représente le mieux, dans la classification officielle, la symptomatologie de la patiente qui remplit les critères de ce trouble. On pourrait toutefois retenir d'autres diagnostics. Le trouble dépressif est fluctuant mais globalement sévère. La patiente est dans un état dépressif chronique qui peut devenir extrêmement sévère, la détresse est alors telle que les idées suicidaires notamment exigent une hospitalisation. La patiente est très peu capable de s'assumer.

Depuis 2003, il n'y a pas eu de véritable accalmie, à savoir qu'il n'y a eu ni guérison ni retour à une bonne santé même pour un mois. Le trouble est constant. S'agissant de son intensité, on peut parfois avoir l'impression que le trouble est léger, alors que par période il est sévèrissime. D'ailleurs, les soins prodigués depuis 2003 n'ont pas donné de bons résultats. A mon avis, la patiente n'a jamais retrouvé une capacité de travail suffisante. Les tentatives de réduction de l'incapacité n'ont rien donné. S'agissant de la période de mai 2006 à avril 2008, pendant laquelle les divers médecins de la consultation ont attesté d'une incapacité à 50 %, il semble que l'amélioration de la situation était due principalement à l'impact positif d'une relation de couple certes difficile mais qui permettait à la patiente de reprendre courage.

En décembre 2009, l'aggravation des symptômes, soit l'angoisse, le désespoir, les demandes d'aide de la patiente, qui pleurait toute la journée, qui avait besoin d'une présence permanente, ne pouvait plus dormir chez elle, a dans un premier temps été relayée par des amis. Toutefois, la situation s'est encore aggravée, le réseau s'épuisait, je craignais un acte grave, soit une tentative de suicide ce qui a motivé l'hospitalisation.

Si la maladie suit son cours, comme cela était le cas jusqu'à présent, de nouvelles aggravations sont probables. Toutefois, il est de mon rôle de médecin de tout mettre en œuvre pour que l'état de santé de la patiente s'améliore.

Je précise que je suis, à ma connaissance, certainement le psychiatre à Genève qui est le plus proche de ceux qui travaillent pour l'AI. Toutefois, je ne suis pas d'accord avec leurs affirmations : la patiente ne simule pas et n'est pas démonstrative. Son trouble est invalidant car une telle détresse émotionnelle impliquant une incapacité à s'assumer empêche toute activité lucrative à Genève à l'heure actuelle. »

19. Par pli du 26 février 2010, l'Office AI, sur la base de l'avis du Dr R_____, spécialiste en médecine interne auprès du SMR, du 23 février 2010, a maintenu son avis précédemment exprimé.
20. La Dresse M_____ a été entendue en qualité de témoin le 16 mars 2010. Elle a déclaré ce qui suit : « J'ai été le médecin psychiatre de l'assurée pendant deux ans, jusqu'en décembre 2009.

Le diagnostic posé par tous les médecins consultés est un trouble dépressif récurrent. Durant la période mentionnée, la patiente présentait une baisse de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, de l'épuisement et de l'anxiété. Il n'y a jamais eu de période où elle allait réellement bien. Lorsque la situation était légèrement meilleure que d'habitude, elle s'aggravait brutalement. Il y a même eu des phases d'hallucinations, d'idées suicidaires, d'angoisses et de désorganisation de la pensée telles qu'elle était incapable de fonctionner au quotidien. Elle oubliait les rendez-vous.

Les périodes durant lesquelles la patiente allait légèrement mieux allaient de quelques jours à maximum deux semaines, puis la situation s'aggravait à nouveau. Ma patiente a été totalement incapable de travailler durant toute la période mentionnée ci-dessus, quelle que soit l'activité envisagée. Il n'y a pas eu d'amélioration notable.

A mon sens, le pronostic est réservé, j'ai peu d'espoir que la situation change vraiment. Suite à l'hospitalisation en décembre 2009, après mon départ, il semble qu'il y ait eu un léger mieux, mais je ne peux pas me prononcer, car je ne suis plus la patiente.

Je suis convaincue que la patiente ne simule pas. Il y a par contre une somatisation, en ce sens que le trouble dépressif s'accompagne de troubles de l'équilibre, de maux de tête et de ventre.

Le trouble dépressif est récurrent car il est répétitif. Il est en général d'épisode moyen, avec des périodes d'épisode sévère, la dernière en date est celle de l'hospitalisation de décembre 2009. Pendant la période de mon suivi, outre l'hospitalisation pour un sevrage des benzodiazépines, il y a eu plusieurs hospitalisations lors d'épisodes sévères. Toutefois, d'autres épisodes sévères n'ont pas donné lieu à des hospitalisations. La patiente a parfois été admise aux urgences. »

21. A l'issue de l'audience de comparution personnelle des parties du 16 mars 2010, le Tribunal a ordonné une expertise judiciaire, le nom de l'expert et les questions posées ayant été soumis aux parties le 31 mars 2010, avec un délai au 12 avril 2010 pour se prononcer. Les parties ont toutes deux indiqué n'avoir aucun motif de récusation, ni questions complémentaires à poser à l'expert.
22. Le rapport d'expertise du 15 juillet 2010 du Dr S_____ est fondé sur une étude du dossier, deux entretiens avec l'assurée, un entretien téléphonique avec son psychiatre. Il est fondé sur une anamnèse complète, les données subjectives de l'assurée et les constatations objectives faites par l'expert. L'expert retient comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.11), Les conséquences sur la capacité de travail sont une attitude morose, un ralentissement psychomoteur, la

diminution de la concentration, la baisse de l'intérêt, du plaisir, la fatigabilité. Sur le plan social, l'âge de l'assurée (62 ans), la longue période d'arrêt de travail, la désintégration sociale, ont une influence négative sur la capacité de travail. A la question de la date du début de l'incapacité de travail durable, l'expert répond que l'incapacité de travail est de 100 %, depuis le 1^{er} janvier 2007. L'expert précise que depuis 2003, l'état de santé de l'expertisée a continué à fluctuer, mais s'est aggravé. Les réévaluations successives de sa capacité de travail, avec des tentatives d'amélioration, fixant l'incapacité à 50 % dès mai 2005, 100 % dès janvier 2006 et 50 % en août 2006, n'ont pas pu permettre, à aucun moment, une réintégration professionnelle. Les périodes de rémission partielle sont très courtes. L'expert estime que l'assurée aurait dû bénéficier d'une incapacité de travail de 100 % en mai 2005 déjà.

L'expert partage l'avis du Dr T_____, qui exclut le diagnostic de trouble de la personnalité borderline, et indique une tendance de l'expertisée à amplifier ses symptômes. Par contre, l'expert s'écarte des interprétations et conclusions du Dr T_____, selon lequel le comportement démonstratif aurait pour but d'obtenir une rente d'invalidité. L'expert explique que l'attitude démonstrative et amplificatrice est à mettre sur le compte de la maladie, plus précisément des traits de personnalité histrioniques de l'expertisée. L'expert relève que le rapport du Dr T_____ avait admis des troubles de l'attention et de la concentration, des digressions, des difficultés à situer les événements de vie dans le temps, de la tristesse, de l'irritabilité et de l'anxiété, ainsi que de la fatigue et de la baisse de l'espoir, tous ces éléments parlant en faveur d'un épisode dépressif, que le Dr T_____ aurait dû estimer d'intensité moyenne et non pas légère. Ainsi, les conclusions de l'expertise du Dr T_____ ont souffert de sa suspicion de simulation. L'expert termine en indiquant qu'il convient dans un premier temps de tenter de stabiliser le trouble psychiatrique de l'expertisée, une éventuelle activité lucrative adaptée ou une réadaptation professionnelle devront être réévaluées après cette stabilisation.

23. Par pli du 12 août 2010, l'OAI a indiqué qu'une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100 % pourra être octroyée à partir de janvier 2008, dès lors que la capacité de travail est nulle dès le 1^{er} janvier 2007, sur la base de l'avis du SMR, admettant le caractère probant de l'expertise.
24. Par pli du 17 septembre 2010, le conseil de l'assurée a pris acte de l'accord de l'OAI avec l'expert et a indiqué que l'OAI mentionnait par erreur l'octroi d'une rente dès le 1^{er} janvier 2008 seulement, dès lors que l'expert retenait une totale incapacité de travail dès janvier 2007 déjà.
25. Par pli du 17 septembre 2010, le Tribunal a interpellé l'expert pour qu'il précise ses conclusions, compte tenu de l'incertitude entre l'incapacité de travail de 100% fixée au 1^{er} janvier 2007, puis mentionnée dès le 1^{er} mai 2005. Le Tribunal a notamment

demandé à l'expert de préciser l'évolution de la capacité de travail de l'assurée depuis mai 2003.

26. Par pli du 12 octobre 2010, l'expert répond par la négative à la question de savoir si la capacité de travail état totale avant le 1^{er} janvier 2007 et reprend le taux d'invalidité initialement retenu par l'OAI entre mai 2003 et fin 2006, précisant que, contrairement à l'OAI, il retient un taux de 100% dès le 1^{er} janvier 2007 et non pas de 40%.
27. Ce courrier a été transmis aux parties le 12 octobre 2010, lesquelles ont eu l'occasion de se déterminer d'ici le 2 novembre 2010, date à laquelle la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) 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).

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2005, la demande ayant été déposée en août 2004. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852). Tel n'est pas le cas des modifications du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 21 avril 2008, qui a été modifié par la décision du 22 juin 2009 contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 3 août 2009.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. a) 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).

b) Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 2007, 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).

Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI.

En vertu de l'art. 48 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24 al. 1^{er} LPGA (al. 1^{er}). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1^{er} LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al. 2). En dérogation à l'art. 24 al. 1^{er} LPGA, le Conseil fédéral peut limiter le droit au remboursement de certaines mesures de réadaptation exécutées avant qu'elles n'aient été agréées (al. 3).

Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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).

4. 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.

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

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 351 consid. 3b/bb).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Il n'est pas nécessaire que le diagnostic posé par l'expert soit émaillé de références à la doctrine médicale. On attend bien plutôt de l'expert un diagnostic précis et formulé selon les règles de la science médicale. S'il ne s'agit que d'une suspicion ou d'un diagnostic possible, l'expert doit le signaler explicitement (ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 435/05 consid. 2 ; voir à ce sujet MEINE, L'expert

et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale, *in* L'expertise médicale, édition Médecine et Hygiène, 2002, p. 21).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

5. Dans le cas d'espèce, le Tribunal a ordonné une expertise psychiatrique compte tenu des conclusions diamétralement opposées auxquelles parvenaient les médecins psychiatres de l'assurée d'une part et l'expert du CEMED d'autre part, s'agissant en premier lieu du degré de gravité de l'état dépressif et des autres diagnostics retenus, et en second lieu des conséquences sur la capacité de travail de l'assurée de ces affections. En effet, les objections des médecins traitants étaient fondées sur des éléments objectivement vérifiables (les tentatives de suicide notamment) et suffisamment pertinentes pour remettre en cause l'avis de l'expert du CEMED, le Dr T_____.

L'expertise du Dr S_____ répond à toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Son rapport a été établi sur la base d'une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et médicale de la recourante, ses plaintes, deux entretiens, le dossier médical et un entretien avec le médecin traitant. Le diagnostic est précisément posé et les conclusions sont motivées. Le rapport est bref et condensé mais complet. L'expert expose notamment de façon convaincante les raisons pour lesquelles il rejoint l'expert du CEMED s'agissant d'exclure l'un des diagnostics retenus par le médecin traitant, mais aussi le motif de sa divergence s'agissant de la gravité de l'état dépressif et de ses conséquences sur la capacité de travail de l'assurée. Il constate (rejoignant en cela le médecin traitant) que suffisamment de critères sont remplis pour retenir un état dépressif de gravité moyenne. Il reprend ainsi chaque critère discuté et expose précisément les raisons pour lesquelles l'expertise du Dr T_____ concluant à une dépression d'intensité légère ne peut pas être suivie. Il rappelle brièvement les conséquences des divers éléments conjugués de la dépression sur la capacité de travail de l'assurée, pour conclure que cette capacité est actuellement nulle.

L'OAI ne conteste pas l'expertise et adhère aux conclusions de l'expert sur la base de l'avis du SMR qui estime que "l'expertise est convaincante", et qui partage l'avis de l'expert qui retient un trouble dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique et une décompensation psychique qui réduit totalement la capacité de l'assurée dès le 1^{er} janvier 2007. Sur cette base, l'OAI conclut à l'octroi d'une rente dès le 1^{er} janvier 2008.

Cela étant, il reste à déterminer la capacité de travail et le taux d'invalidité de l'assurée entre 2004 et fin 2006. L'expert précise à ce sujet que l'incapacité aurait dû être retenue à 100% dès mai 2005 déjà, justifiant clairement cette affirmation sur la base du dossier de l'expertisée, une hospitalisation ayant été nécessaire en septembre de cette année malgré un suivi ambulatoire sérieux. L'expert se contentant pour le surplus de reprendre les taux d'invalidité initialement admis par l'OAI, soit 100% dès mai 2004, 50% dès mai 2005, 100% dès janvier 2006 et 50 % dès août 2006, le Tribunal l'a interrogé à ce sujet. L'expert ne précise pourtant pas plus son avis à ce propos, partant manifestement de l'idée que le litige est limité au taux d'invalidité à partir de janvier 2007.

Toutefois, le Tribunal estime que l'expert est suffisamment précis s'agissant de l'incapacité de travail de l'assurée dès 2004. En premier lieu, il confirme que l'incapacité est antérieure à janvier 2007. En deuxième lieu, il admet avec retenue les réévaluations de la capacité de travail par le médecin traitant passant d'une incapacité de 100% à 50% à deux reprises durant les années considérées alors que les périodes de rémission partielle ont été trop brèves pour permettre une reprise du travail. En troisième lieu, il affirme clairement que l'incapacité est demeurée à 100% sans amélioration depuis mai 2005. Ainsi, le Tribunal retient que l'expert admet que l'incapacité de travail et le taux d'invalidité retenus par l'OAI jusqu'en mai 2005 étaient corrects, et doute sérieusement de toute reprise possible depuis lors, mais renonce à remettre en cause les tentatives de reprise des médecins, louables mais peu réalistes. Les taux d'incapacité de travail et d'invalidité initialement retenus par l'OAI sont ainsi confirmés par l'expert judiciaire et les avis circonstanciés des médecins traitants. L'assurée, représentée par un conseil, faisait valoir initialement une aggravation dès 2005. Elle ne remet plus en cause les taux d'invalidité initialement admis par l'OAI entre 2004 et fin 2006, mais souligne que l'incapacité de 100% dès janvier 2007 justifie l'octroi d'une rente entière dès cette date et non pas dès janvier 2008 seulement.

La décision du 22 juin 2009 refusant toute rente à l'assurée est fondée sur l'expertise non probante du Dr T_____, selon lequel l'assurée n'est atteinte d'aucun trouble invalidant de sorte que sa capacité de travail serait toujours restée entière. Cette décision doit donc être annulée. Sur la base de l'expertise du Dr S_____, l'OAI ne peut pas sérieusement prétendre que l'expert retient que l'incapacité de travail de l'assurée a débuté en janvier 2007 seulement, ce qui ferait naître le droit à une rente en janvier 2008.

Le projet de décision de l'OAI du 21 avril 2008 retient à juste titre, à l'instar de l'expert et des médecins traitants, que la survenance de l'incapacité de travail durable de l'assurée date d'avril 2004. Compte tenu du dépôt de la demande en août 2006, le droit à la rente naît en août 2005 seulement, sur la base des dispositions légales précitées. Ainsi, l'assurée a droit à une demi rente du 1^{er} août 2005 au 31 décembre 2005, une rente entière du 1^{er} janvier 2006 au 31 juillet 2006, à une demi rente du 1^{er} août 2006 au 31 mars 2007 et à une rente entière dès le 1^{er} avril 2007, soit trois mois après l'aggravation de l'incapacité de travail qui est de 100% dès le 1^{er} janvier 2007.

6. Le recours est admis, la décision du 22 juin 2009 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour le calcul du montant de la rente.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument, fixé en l'occurrence à 1'000 fr.

L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848), soit en l'espèce à 2'000 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, annule la décision du 22 juin 2009 et dit que la recourante a droit à une demi rente du 1^{er} août 2005 au 31 décembre 2005, à une rente entière du 1^{er} janvier 2006 au 31 juillet 2006, à une demi rente du 1^{er} août 2006 au 31 mars 2007 et à une rente entière dès le 1^{er} avril 2007.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour le calcul du montant de la rente.
4. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
5. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de 2'000 fr. en faveur de la recourante.
6. 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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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