

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/277/2010

ATAS/1410/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 novembre 2012

3ème Chambre

En la cause

Madame S _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Marlène

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S _____, née en 1954, originaire du Zimbabwe, en Suisse depuis mars 1979, ayant exercé la profession de caissière dans un bureau de tabac, au chômage depuis juillet 2003, a déposé en date du 20 octobre 2008 une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) en invoquant une dépression sévère.
2. Son médecin traitant, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi en date du 12 novembre 2008 un rapport dans lequel il a retenu le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique et attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 4 avril 2007. Dans son rapport, le médecin a également fait mention d'un état anxio-dépressif, d'absentéisme et de troubles de la concentration.
3. Ce rapport a été soumis au Dr B _____, du service médical régional AI (SMR), qui a relevé d'une part, qu'il était trop succinct pour permettre d'établir l'existence d'un état de stress post-traumatique et, d'autre part, que ce trouble n'avait pas empêché l'assurée de travailler de 1989 à 2003, alors même que le médecin traitant faisait remonter l'apparition de ce stress chez l'assurée à l'âge de 6 ans.
4. A alors été versé au dossier le rapport de sortie établi par la Clinique genevoise de Montana suite au séjour effectué par l'assurée du 12 au 26 avril 2007. Les médecins y ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, sans somatisation. Les médecins ont fait remonter la survenue de l'état dépressif à trois ans plus tôt, suite à la rupture entre l'assurée et son mari.
5. Le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a conclu, dans un rapport du 11 mars 2009, à un épisode dépressif moyen à sévère, sans symptômes psychotiques. Il a relaté que l'assurée, ayant été l'objet d'abus sexuels itératifs dans son enfance, se plaignait de tristesse, de labilité émotionnelle, d'épuisement global, de pessimisme, de diminution de l'estime de soi et de troubles du sommeil et de l'appétit. Le médecin a émis l'avis que l'état de l'assurée était susceptible d'amélioration.
6. L'OAI a alors mis sur pied une expertise psychiatrique dont il a confié le soin au Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin auprès du SMR, qui a rendu son rapport en date du 29 mai 2009.

L'expert n'a retenu à l'issue de son examen aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a admis une dysthymie et un trouble panique, mais écarté le diagnostic de syndrome post-traumatique en l'absence de cauchemars et de flash-back. L'expert a relevé une amélioration quatre mois après l'introduction d'un traitement antidépresseur à Montana (amélioration de l'humeur et disparition des idées de mort). Vu la présence de ces idées suicidaires, l'expert a

conclu qu'un épisode dépressif pouvait effectivement retenu, dont il a cependant estimé qu'il n'avait pas duré.

Pour le reste, la symptomatologie décrite par l'assurée (humeur dépressive chronique, ruminations existentielles occasionnelles, diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne, mauvaise image de soi) correspondait, selon l'expert, en l'absence de troubles cognitifs, à une dysthymie à début tardif, dont l'intensité était insuffisante pour retenir même un épisode dépressif léger.

Quant aux attaques de panique décrites par l'assurée et survenant environ trois fois par semaine, l'expert a relevé qu'elles répondaient favorablement et rapidement à la prise d'un comprimé de LEXOTANIL. L'expert en a tiré la conclusion que ce trouble n'influçait pas non plus la capacité de travail.

L'expert a finalement conclu à une diminution de la capacité de travail d'avril à août 2007, date à compter de laquelle il a estimé que l'assurée avait retrouvé une pleine capacité.

7. Le 10 juillet 2009, l'OAI a alors adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations.
8. L'assurée l'a contesté par courrier du 17 juillet 2009 en alléguant qu'il lui semblait que le Dr D _____ n'avait pas su percevoir et prendre la mesure de la gravité de son état psychique.

Le 14 septembre 2009, le Dr C _____ a adressé à l'OAI un rapport dans lequel il a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques. Il a ajouté qu'il ne partageait pas l'avis de l'expert du SMR. Il a expliqué que l'assurée faisait l'objet d'une symptomatologie claire de dépression (mauvaise image de soi, apathie, tristesse, grande labilité émotionnelle, idées noires et parfois de mort, pessimisme, troubles du sommeil et de l'appétit etc..) dont il a estimé qu'elle allait bien au-delà d'une dysthymie. Le médecin a encore souligné la grande solitude et l'absence de tout réseau social de sa patiente.

9. Quant au Dr A _____, il a persisté dans ses précédentes conclusions dans un rapport rendu à l'OAI en septembre 2009.
10. Le dossier de l'assurée a été soumis une nouvelle fois au SMR qui a émis l'avis, en date du 2 octobre 2009, que la présence d'idées noires et parfois de mort évoquées par le Dr C _____ idées caractérisant un degré de gravité important - pouvait indiquer une aggravation du trouble de l'humeur susceptible d'être contrecarrée par une augmentation du traitement dont il a été relevé qu'il ne correspondait pas à celui prescrit d'ordinaire pour un épisode dépressif sévère.

11. Dans un bref rapport du 12 novembre 2009, le Dr C_____ a précisé que l'état de sa patiente était stationnaire et que les doses d'antidépresseurs avaient été augmentées depuis juin 2009. Il a souligné que l'état clinique de sa patiente lui semblait totalement incompatible avec une reprise du travail, que le diagnostic de dépression lui paraissait évident et qu'il était favorable à une démarche de réinsertion professionnelle une activité à temps partiel. Enfin, il a relevé que l'inhibition dépressive de sa patiente semblait souvent lui rendre les sorties impossibles.
12. Le SMR a relevé que le diagnostic dépressif moyen sévère du psychiatre traitant était en nette opposition avec ceux retenus par le SMR mais a persisté dans ses conclusions.
13. Dans son avis du 10 décembre 2010, la Dresse E_____, du SMR, a relevé que la Clinique genevoise de Montana n'était pas une clinique psychiatrique. Elle s'est dès lors étonnée que le Dr A_____ y ait envoyé sa patiente, alléguant que si l'état psychiatrique de cette dernière s'était péjoré, il aurait dû opter pour une hospitalisation psychiatrique. La Dresse E_____ a ajouté qu'une thymie abaissée depuis plusieurs années ne pouvait être qualifiée d'épisode dépressif majeur au sens de la CIM-10 mais bien de dysthymie (abaissement chronique de l'humeur qui n'atteint pas les critères de l'épisode dépressif majeur). Selon la Dresse E_____, les divergences d'évaluation entre le Dr C_____ et le Dr D_____ étaient à mettre sur le compte du lien de confiance entretenu par le premier avec sa patiente.
14. Le 9 décembre 2009, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a nié à l'assurée tout droit aux prestations. L'OAI a considéré que l'incapacité totale de travailler de l'intéressée s'était limitée à la période d'avril à août 2007. Quant aux avis des Drs C_____ et A_____, il a estimé qu'ils n'étaient pas de nature à lui faire changer de position.
15. Par écriture du 25 janvier 2010, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant à l'octroi d'une rente entière.

En substance, elle explique qu'elle a non seulement rencontré des problèmes cardiaques mais également souffert d'une profonde dépression. Elle invoque l'avis de ses médecins, qui ont conclu à sa totale incapacité à exercer tant son ancienne activité de tenancière d'un bureau de tabac que toute autre. Elle reproche aux médecins du SMR d'avoir minimisé ses plaintes. Enfin, elle souligne qu'elle ne dispose d'aucune formation professionnelle et n'a plus travaillé depuis 2002.
16. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 15 avril 2010, a conclu au rejet du recours.

L'intimé se réfère au rapport d'examen psychiatrique du SMR, dont il considère qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Il fait remarquer que le rapport de coronarographie et angioplastie du 7 janvier 2010 produit par la recourante est postérieur à la décision litigieuse et quoi qu'il en soit insuffisant pour évaluer la gravité de l'atteinte. L'intimé relève qu'aucun rapport versé au dossier ne fait mention d'une atteinte cardiaque, que l'assurée n'en a jamais fait état dans sa demande de prestations - elle invoquait une dépression sévère - ou lors de son examen au SMR et qu'aucun des médecins interrogés dans le cadre de l'instruction n'a posé de diagnostic cardiologique. L'intimé précise que cette atteinte devrait faire l'objet d'une nouvelle demande de la part de l'assurée.

A l'appui de sa position, l'intimé produit l'avis émis par la Dresse E_____, du SMR, le 7 avril 2010. Ce médecin explique que selon le document produit par la recourante, cette dernière présente des lésions tronculaires avec une sténose significative de l'artère inter-ventriculaire antérieure moyenne au niveau du site d'implantation d'un stent posé en 2000, des lésions intermédiaires de l'artère interventriculaire antérieure distale, une sténose significative de l'artère circonflexe distale, une sténose significative de l'artère coronaire droite proximale et une sténose modérée de l'artère sous-clavière gauche proximale. Selon la Dresse E_____, il en ressort que l'angioplastie avec implantation de trois stents pratiquée en 2000 s'est traduite par un succès primaire mais qu'une nouvelle atteinte à la santé est ensuite survenue, qui n'était ni connue ni mentionnée avant la décision 9 décembre 2009 puisqu'une deuxième intervention a été programmée pour poser un stent sur la coronaire droite proximale.

17. Le 14 mai 2010, la recourante a produit un courrier adressé le 6 mai 2010 à son conseil par son médecin-traitant, le Dr Pierre A_____. Celui-ci y explique qu'avant 2000, sa patiente a souffert de problèmes coronariens qui n'ont pas eu de répercussions sur sa capacité de travail. Une intervention récente a permis de corriger à nouveau des anomalies artérielles sans que la fonction du myocarde n'en souffre. Dans ces circonstances, le médecin conclut qu'aucun handicap ne peut être retenu et confirme que ce sont bien les difficultés psychiques rencontrées par sa patiente qui ont progressivement anéanti sa capacité de gain.

18. Le 16 juin 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il a pris acte du fait que le Dr A_____ écartait toute incapacité de travail en lien avec l'atteinte cardiaque précédemment annoncée.

Pour le reste, l'intimé a relevé que les problèmes psychiques évoqués par le médecin traitant n'avaient pas empêché l'assurée d'exercer une activité lucrative durant de nombreuses années, ainsi que le démontrait l'extrait du compte individuel AVS de la recourante.

Enfin, l'intimé a fait valoir que les affirmations du Dr A _____, non spécialisé en psychiatrie, ne sauraient remettre en cause les conclusions du Dr D _____, spécialiste en la matière.

19. Une audience s'est tenue en date du 26 août 2010.

A cette occasion, le Dr A _____, qui suit l'assurée depuis mai 2001, a expliqué que cette dernière l'avait initialement consulté pour une gastrite aiguë liée à une période de stress.

Le témoin a indiqué avoir eu connaissance du rapport d'expertise du Dr D _____ dont il a regretté qu'il n'ait pas pris contact avec lui. Selon le témoin, l'expert a bien relaté les faits mais ne les a pas mis correctement en perspective.

Le témoin a souligné que de 2001 à 2003, l'état de la recourante s'est beaucoup péjoré suite à divers événements (séparation, perte d'emploi, aide sociale), malgré l'administration d'antidépresseurs et un suivi régulier.

En 2003, la situation financière de la patiente était telle qu'il a dû l'adresser à la polyclinique. Il ne l'a revue qu'en avril 2007 et a alors pu constater qu'elle ne souffrait plus seulement d'une dysthymie, mais véritablement d'une dépression : elle paraissait figée, sans aucune envie ni ressource. La situation était tellement aiguë qu'il l'a adressée à la Clinique de Montana, d'où elle est revenue un peu apaisée. Il l'a ensuite suivie à raison d'une fois par semaine, mais pendant près d'une année, elle a été incapable d'exprimer ce qu'elle avait véritablement sur le cœur et n'a pu que pleurer. Ce n'est finalement qu'en avril 2008 que l'assurée a enfin réussi à expliquer que son enfance avait été constituée d'abus et de violences. N'étant pas spécialisé, le témoin l'a alors adressée au Dr C _____ afin que ce dernier puisse l'aider à gérer ses traumatismes, présents à tout moment de la journée. Selon le témoin, l'état de l'assurée est tel qu'il l'empêche de tisser des liens sociaux "normaux".

Dans ces circonstances, le témoin a émis l'avis que le Dr D _____ ne pouvait, compte tenu de la personnalité de la patiente, appréhender pleinement la situation.. Le Dr A _____ a allégué que sa patiente est tellement habituée à refouler et à masquer la réalité - convaincue que si elle la dévoile, elle sera rejetée - qu'elle n'arrive pas à l'exprimer, même lorsqu'il le faut.

Il a ajouté qu'à son avis, l'assurée s'est investie au maximum de ses ressources.

Selon le témoin, de nombreux symptômes de la dépression sont présents - notamment des insomnies très importantes - que la recourante verbalise peu.

20. Entendu à son tour, le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé suivre la recourante depuis janvier 2009 et avoir posé le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère. Selon lui, l'état de l'assurée a peu évolué depuis lors.

Le Dr C _____ a expliqué avoir basé son diagnostic sur les éléments suivants : mauvaise image de soi, apathie, tristesse, grande labilité émotionnelle, idées noires, voire de mort, troubles de l'appétit et du sommeil, etc.

Il a précisé n'avoir jamais été contacté par le Dr D _____ dont il a contesté les conclusions, expliquant qu'au vu de la définition donnée par la CIM-10, on ne saurait conclure à une seule dysthymie, d'une part parce que la patiente est manifestement incapable de faire face aux éléments élémentaires de la vie quotidienne, d'autre part, parce que la sévérité de la dépression chronique et la durée des différents épisodes sont trop importantes. Le témoin a fait remarquer que les définitions de la CIM-10 se rapprochent, si ce n'est dans le caractère plus marqué et plus grave des différents éléments retenus en cas de dépression.

Le témoin a émis l'avis qu'il ne faut pas se concentrer uniquement sur les violences subies par la patiente dans sa jeunesse. Elles ont certes marqué la constitution de sa personnalité, mais ont ensuite été suivies par une succession d'événements pénibles (mariage forcé, déracinement, accident grave de son fils, difficultés d'intégration, solitude, etc.), qui ont eu pour conséquence qu'à un moment donné, la patiente n'a plus pu faire face.

Par ailleurs, le témoin a confirmé les dires du Dr A _____ s'agissant de la tendance de la patiente à l'inhibition et admis que cela peut conduire un observateur à minimiser son état, qu'elle n'exprime pas, si ce n'est par un repli sur soi et des larmes. A cet égard, le témoin a ajouté que lorsque l'assurée a été reçue par le Dr D _____, elle a eu l'honnêteté de reconnaître qu'elle allait « un peu mieux », affirmation à laquelle l'examineur lui semble avoir donné trop d'importance dans la mesure où, effectivement, s'il arrive à la recourante d'aller un peu mieux, globalement, cela n'enlève rien à la gravité de son état.

Le témoin a souligné que l'inhibition de la patiente ne lui rend pas toujours service, dans la mesure où elle peut conduire les médecins à se poser la question de savoir si elle fait réellement tous les efforts qu'on peut attendre d'elle. Lui-même admet s'être posé la question et l'avoir exprimée dans son rapport du 12 novembre 2009 à l'AI en indiquant que la patiente lui paraissait parfois « déconcertante ». Le témoin a cependant ajouté qu'en reprenant le dossier, il s'était rendu compte que les nombreuses défections aux rendez-vous étaient aussi motivées par l'état de santé somatique (examens ou interventions à subir) de l'intéressée et avoir finalement conclu que cette dernière faisait tout son possible.

Le Dr C_____ a dit avoir été personnellement frappé par la pauvreté du réseau social de sa patiente, qui semble n'avoir eu à Genève qu'une seule amie, d'ailleurs décédée en décembre 2009 et ne voir personne en dehors de ses enfants et petits-enfants. Il a relevé qu'à cet égard, l'anamnèse du Dr D_____ paraissait « enjolivée » par rapport à la situation réelle dans la mesure où elle mentionnait de manière erronée que les enfants de la patiente étaient tous en bonne santé - alors que son fils souffre de problèmes de santé - et que l'assurée voyait régulièrement des amies.

S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le témoin a précisé que la situation était la même que celle décrite dans son rapport du 12 septembre 2009, à savoir totalement incompatible avec une reprise d'emploi. Une réinsertion professionnelle à temps partiel serait bénéfique mais rien ne permet d'affirmer qu'elle pourrait réussir. Il s'agirait plutôt de redonner à la patiente, ne serait-ce que par le biais du bénévolat par exemple, une place dans la société.

Enfin, le témoin s'est étonné que le Dr D_____ ait écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, alors même qu'un premier épisode a été diagnostiqué par la Clinique de Montana et un second par lui-même.

21. Dans ses écritures après enquêtes du 10 décembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Se référant à un avis émis par la Dresse E_____, il soutient que le Dr C_____ n'a apporté aucun élément dont le Dr D_____ n'aurait pas tenu compte lors de son examen. Il en tire la conclusion que l'évaluation du Dr C_____ ne résulte que d'une appréciation plus favorable.
22. Quant à la recourante, dans ses conclusions après enquête, elle a également persisté dans ses conclusions.
23. Constatant que les conclusions du psychiatre traitant, le Dr C_____, et celles du Dr D_____, médecin auprès du SMR, divergeaient radicalement sur la question de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, tout comme sur les diagnostics retenus, la Cour de céans a ordonné, en date du 1^{er} septembre 2011 (ATAS/797/2011) une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr F_____, lequel a rendu son rapport en date du 14 mai 2012, sur la base d'un entretien avec l'assurée, d'une conversation téléphonique avec son psychiatre-traitant et de l'étude du dossier mis à sa disposition.

L'expert a relevé qu'au début de l'entretien, l'assurée avait "donné le change", tentant de maîtriser ses émotions, avant que, rapidement, la tristesse n'apparaisse en fonction des termes abordés.

L'expert n'a pas mis en évidence de troubles du cours ou du contenu de la pensée mais il a relevé un ralentissement psychique moteur et idéique marqué, des troubles de la mémoire à l'évocation de son histoire et des difficultés de concentration.

L'expert a également noté une humeur dysphorique avec des ruminations fréquentes négatives et pessimistes, une estime et une confiance en soi particulièrement touchée et, une asthénie vitale avec fatigabilité, perte de motivation et quasi absence de tout plaisir et une idéation suicidaire, sans projet de passage à l'acte.

L'échelle de dépression de Hamilton a révélé un score de 28, correspondant à une dépression d'intensité sévère (de 26 à 52) ; l'échelle d'anxiété a conduit à un score de 20, correspondant à une anxiété majeure (supérieur à 15).

L'expert a finalement retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique et de dysthymie. Tout comme le Dr C _____, il a en revanche écarté celui d'état de stress post-traumatique.

L'expert a fait remarquer que le contexte s'était significativement récemment modifié avec la survenue de deux accidents vasculaires-cérébraux (AVC) successifs en août puis en novembre 2011 dont l'expertisée n'a que partiellement récupéré.

Après avoir procédé à l'analyse de l'anamnèse et de ses constats cliniques, l'expert a tiré les conclusions suivantes :

- l'état dépressif, tout en prenant un caractère fluctuant en termes d'intensité, a été présent continuellement depuis 2007-2008, point sur lequel s'accordent tous les médecins, ce qui permet de conclure à une dépression chronique de l'humeur équivalant au diagnostic de dysthymie selon les critères de l'ICD-10;
- l'origine de l'atteinte psychique est liée à un contexte de séparation, d'isolement progressif et de problèmes de santé physiques plus que jamais d'actualité; hormis avec sa famille et les soignants, l'expertisée n'a plus aucune interaction sociale;
- les fluctuations de l'humeur ont atteint par le passé une intensité en tout cas moyenne et probablement sévère;
- l'épisode actuel de récurrence revêt une intensité à la limite inférieure du sévère, avec une atteinte fonctionnelle psychique (humeur dépressive stable, perte de l'élan vital, repli, ralentissement psychomoteur marqué, capacité adaptative réduite, manque de motivation et de plaisir, troubles cognitifs touchant la mémoire et la concentration, etc..);
- on se trouve donc dans une situation de double dépression associant une dépression chronique et un épisode dépressif (dans ce cas, récurrent) d'intensité plus sévère et à l'origine d'un handicap psychosocial marqué et d'une incapacité de travail totale quel que soit le type de profession envisagée;

- il existe une superposition symptomatique probable; l'expert a expliqué qu'il est parfois difficile de distinguer si le ralentissement très marqué constaté et les troubles cognitifs sont dus aux séquelles des AVC ou à la dépression, laquelle est souvent présente suite à un AVC (dans 25 à 79 % des cas);
- l'assurée présente une manifestation atypique depuis son second AVC, sous la forme d'une labilité de l'humeur avec des rires immotivés ou des réactions émotionnelles non congruentes, probablement liées à une atteinte organique;
- il faut tenir compte de caractéristiques culturelles et, notamment, du fait que, chez l'assurée, le sentiment dépressif est en partie exprimé au travers des plaintes somatiques car elle n'a jamais été habituée à exprimer ses états émotionnels (capacité d'identifier ses émotions, de les exprimer faible);
- il y a clairement chronicisation de l'ensemble de la symptomatologie, notamment psychiatrique ;
- avant le début de l'année 2009, il n'y a pas de données psychiatriques vraiment fiables ; qui plus est, la dépression a fluctué dans le temps, ce qui implique des variations également en termes de capacité de travail ; or, dans les différents rapports médicaux, les évaluations sont contradictoires, peu nombreuses et peu précises ; ainsi, le Dr C _____ et la Clinique de MONTANA ont qualifié la dépression de moyenne à sévère (ce qui impliquerait une capacité de travail de 0 % pour le degré sévère et de 50 % environ pour le degré moyen) ;
- au mieux, c'est au mois d'août 2011 que l'on peut faire remonter une incapacité de travail à 100 % ;

L'expert a souligné que l'état de l'assurée s'est nettement dégradé depuis la survenue du premier AVC, en août 2011, avec, sur le plan psychique, une péjoration nette de l'humeur et une capacité de travail devenant nulle.

Il a indiqué que ses constatations et diagnostics rejoignent en partie celles du médecin du SMR et ceux des différents médecins-traitants. En revanche, il n'a pas trouvé signe de symptomatologie justifiant un diagnostic de trouble panique.

L'expert a relevé que tous les médecins sont à peu près d'accord sur le fait que l'assurée se trouve dans un contexte de dépression chronique depuis 2007-2008. Selon lui, il est dans l'ordre naturel des choses que la symptomatologie thymique fluctue dans le temps. Le point de désaccord majeur entre le Dr D _____ et les Drs C _____ et A _____ concerne justement l'intensité du trouble.

A l'analyse de l'expertise du Dr D_____, l'expert a relevé les éléments cliniques suivants : une tristesse, des ruminations existentielles, une diminution du plaisir, une diminution de l'estime de soi, une diminution de la libido soit suffisamment d'éléments cliniques à son avis pour évoquer une dépression légère au moins. Pour le reste, le Dr F_____ a émis l'avis que le Dr D_____ était resté très sommaire au niveau de l'appréciation du cas ; il n'a notamment pas recueilli les plaintes subjectives de l'assurée.

S'il est difficile de statuer rétrospectivement, l'expert émet l'avis qu'il y a eu au moins une incapacité de travail partielle et que l'appréciation du Dr D_____ est trop extrême. Quoiqu'il en soit, il y a clairement eu depuis son examen une évolution négative.

24. Dans ses écritures du 25 mai 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions et confirmé que son état ne cesse de se dégrader, tant sur le plan somatique que sur le plan psychosomatique, surtout depuis les événements de l'été 2011.
25. Quant à l'intimé, par écriture du 14 juin 2012, il relève que l'état de santé s'est considérablement modifié depuis l'examen du Dr D_____ puisque deux AVC sont survenus en août et novembre 2011, soit postérieurement à la décision querellée. Il en conclut que si cette aggravation pourrait éventuellement justifier une révision, ces faits ne sont pas de nature à influencer l'appréciation du dossier au moment où la décision litigieuse a été rendue.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse du 9 décembre 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit aux prestations doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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 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. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'art. 16 LPGA prescrit que 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. Les définitions de l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions

précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATFA I 626/03 du 30 avril 2004).

6. L'invalidité est une notion économique et non médicale; ce ne sont donc pas les critères médico-théoriques qui sont déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c).

Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

7. Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas déterminant que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b).

8. a) L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur les rapports adressés par le(s) médecin(s) traitant(s) 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, les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer quelles activités ce dernier est incapable d'exercer et dans quelle mesure. Les données médicales constituent en outre 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).

b) 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).

c) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Cependant, le Tribunal ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

d) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du

dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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*, 2e 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).

9. En l'espèce, la Cour de céans a d'ores et déjà indiqué, dans son ordonnance du 1^{er} septembre 2011, les raisons qui l'amenaient à douter de la valeur probante de l'expertise du Dr D_____. Il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir si ce n'est pour constater que le Dr F_____ a corroboré les conclusions de la Cour en relevant, d'une part, que le Dr D_____ s'était montré sommaire dans son appréciation du cas, d'autre part, que son appréciation paraissait trop « extrême ».

A l'inverse, l'expertise du Dr F_____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, son rapport d'examen se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes de cette dernière ; il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. En particulier, l'expert explique de manière convaincante les raisons qui l'ont conduit à retenir tel diagnostic et à écarter tel autre. Ses diagnostics recourent d'ailleurs ceux des Drs C_____ et A_____.

Il n'en demeure pas moins qu'ainsi que l'a admis l'expert, l'état de santé de l'assurée s'est nettement péjoré entre la décision litigieuse et la mise sur pied de l'expertise judiciaire, suite aux deux AVC consécutifs dont elle a été victime durant l'été 2011. Cela a malheureusement pour conséquence que l'expert n'a pu véritablement se prononcer sur l'état de l'assurée tel qu'il se présentait avant les accidents vasculaires en question. Ainsi qu'il le fait remarquer, son état a certainement fluctué au fil du temps depuis 2007 – 2008, période à laquelle remonte l'apparition du trouble dépressif. Si l'expert retient que ces fluctuations d'humeur ont à tout le moins certainement atteint une intensité moyenne, il est moins catégorique quant à l'intensité sévère, qu'il qualifie de probable, sans pouvoir

exactement la situer dans le temps vu l'absence de données psychiatriques vraiment fiables avant le début de l'année 2009.

En définitive, c'est au mieux au mois d'août 2011 – soit postérieurement à la décision litigieuse – que l'on peut de manière certaine conclure à une totale incapacité de travail.

Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut que constater que, malgré l'instruction complémentaire mise en œuvre, il est impossible d'émettre des conclusions au degré de vraisemblance prépondérante requis quant à une incapacité de travail de l'assurée entre août 2007 et décembre 2009, encore moins d'évaluer une éventuelle incapacité, ce pour les raisons exposées par le Dr F_____. Ainsi que ce dernier l'a relevé, même si l'avis du Dr D_____ peut paraître « trop extrême », les autres avis versés au dossier se révèlent, eux, trop imprécis et trop peu nombreux.

Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut que confirmer la décision litigieuse, étant précisé que la cause sera tout de même renvoyée directement à l'intimé par souci d'économie de procédure comme valant nouvelle demande, à charge pour l'intimé de réévaluer la situation depuis août 2011, date de l'aggravation avérée de l'état de la recourante.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'intimé comme valant nouvelle demande suite à l'aggravation survenue en août 2011.
4. Renonce à percevoir l'émolument.
5. 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