

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4237/2009

ATAS/744/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 août 2011

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame V _____, domiciliée au Petit-Lancy

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame V_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née en 1961, originaire du Kosovo, parlant l'albanais, a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité en février 2008, visant l'octroi d'une rente.
2. Née en 1961, l'assurée est arrivée en Suisse en 1990, elle est mariée et a deux enfants nés en 1996 et 1997. Elle a seulement travaillé en 2003-2004 en tant que nettoyeuse dans un EMS, dans le cadre d'un placement du chômage.
3. Selon le rapport médical du 18 mars 2008 de la Dresse A_____, l'assurée souffre de cervico-dorso-lombalgies aiguës, de céphalées aiguës, d'un état anxio-dépressif et d'obésité morbide. Elle est totalement incapable de travailler depuis le 17 octobre 2007
4. Selon l'expertise du 29 janvier 2009 effectuée par les Docteurs B_____ et C_____, le CEMED retient divers diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail soit une obésité morbide, une hypertension artérielle, une dyslipidémie. Sur le plan psychique, le CEMED retient un diagnostic de trouble panique (F41.0), une dysthymie (F34.1) ainsi qu'un éventuel trouble somatoforme, lesquels n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail. Selon ces médecins, il ne s'agit pas d'une affection psychiatrique sévère, l'assurée ne présente pas de limitations fonctionnelles, et elle peut travailler 8 heures par jour sans diminution de rendement dans la profession de femme de ménage.
5. L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a refusé à l'assurée l'octroi de toutes prestations, par projet du 18 septembre 2009, confirmé par décision du 9 novembre 2009, au motif qu'elle ne présente pas de pathologie invalidante ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique, selon l'expertise médicale réalisée au CEMED le 29 janvier 2009 et validée par avis du SMR du 22 avril 2009.
6. L'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI le 25 novembre 2009, en concluant préalablement au renvoi du dossier à l'OAI pour un complément d'expertise somatique et psychologique, à l'audition de son médecin traitant et, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité complète. L'assurée a précisé qu'elle était dans l'attente d'une opération de plastie de réduction gastrique, pour diminuer son obésité, et qu'elle entreprendrait ensuite une psychothérapie de soutien.
7. Par pli du 8 décembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, motif pris que les pièces et avis médicaux produits avaient déjà été pris en compte dans la décision, se fondant pour le surplus sur l'avis du SMR.

8. Par avis du 8 décembre 2009, la Doctoresse D _____, du SMR, indique qu'il n'y a pas d'aggravation d'état de santé, ce qui est démontré par la gastroplastie prévue, laquelle serait formellement contre-indiquée en cas de grave pathologie somatique ou psychiatrique.
9. Lors de l'audience du 26 janvier 2010, la Doctoresse A _____ a déclaré que sa patiente souffre de troubles du rachis cervico-dorso-lombaire, de troubles dégénératifs, d'une instabilité du rachis cervical et d'une surcharge pondérale, ainsi que d'une tendinite à l'épaule gauche et au coude gauche, lesquels impliquent des douleurs et l'empêchent de faire les travaux ménagers. Elle ne peut pas porter des poids supérieurs à 2 kilos, travailler en position des bras élevés. Elle doit souvent changer de position et ne peut pas se mettre à genoux en raison de son poids. La patiente souffre aussi d'un état anxio-dépressif et de crises de panique, mais elle se refuse à tout suivi d'ordre psychologique ou psychiatrique, dès lors qu'elle n'admet pas l'existence d'une atteinte psychiatrique. Selon le médecin, les problèmes psychiatriques sont vraisemblablement liés à un traumatisme vécu pendant la petite enfance mais refoulé. La patiente a dû faire appel à un médecin ou être hospitalisée en urgence une douzaine de fois depuis 2001 en raison de crises de panique. Le témoin a ajouté que la recourante est sur une liste d'attente depuis un an aux HUG pour un by-pass. Elle est fermement décidée à perdre du poids. Le Dr E _____ a accepté de prendre la patiente malgré le trouble anxio-dépressif, mais il y a un examen préalable par un psychologue. La recourante veut diminuer ses souffrances et aussi améliorer son estime et celle de son mari, elle est une femme et elle souhaite plaire.
10. Lors de l'audience du 26 janvier 2010, l'assurée a indiqué que jusqu'en 2001, tout allait bien, elle était en bonne santé et vivait une vie formidable mais que tout d'un coup, un soir à minuit elle a ressenti des bruits dans sa tête, ne sachant pas si c'était lié à son hypertension, en précisant que ce soir-là elle avait été hospitalisée d'urgence. Elle ajoute que c'est parce qu'elle se sent mal physiquement qu'elle se sent mal psychologiquement. L'assurée a indiqué qu'elle restait à la maison sans rien faire, ni les courses, ni les repas, ni le ménage, ni l'accompagnement de ses deux enfants à l'école. Elle ne peut pas lire car elle entend des bruits et elle est fatiguée. Le mari de l'assurée a confirmé que c'était lui et ses enfants qui prennent en charge toutes les tâches ménagères et que la situation est extrêmement pénible, dès lors qu'il arrive que son épouse ne parvienne plus du tout ni à parler, ni à regarder son mari et ses deux enfants durant quinze jours.
11. Par ordonnance du 4 mars 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1^{er} janvier 2011) a ordonné une expertise psychiatrique de l'assurée et l'a confiée au Dr F _____, psychiatre.

12. L'expert a été relancé à plusieurs reprises et a déposé son rapport d'expertise le 4 avril 2011. Le rapport d'expertise est fondé sur l'étude du dossier mis à disposition, trois entretiens avec l'expertisée, les 25 août 2010, 14 et 28 février 2011, ainsi qu'un résumé d'intervention du Centre de thérapie brève de la Jonction du 30 novembre 2010. L'anamnèse est très complète et claire. Elle met en exergue que l'assurée, née en 1961, mariée en 1982 est arrivée en Suisse en 1990. Elle a travaillé un an en 2003 comme nettoyeuse et femme de chambre dans un EMS. L'expertisée n'a pas eu de prise en charge psychiatrique jusqu'à la tentative de suicide faite en novembre 2010. Elle a été suivie au CTB de la Jonction du 20 septembre au 25 novembre 2010, après un bref séjour dans une unité psychiatrique de l'Hôpital cantonal.

S'agissant des plaintes de la patiente, elle dit qu'elle se sent mal et a des douleurs, une sensation de chaleur qui monte à la tête, des bruits dans la tête et n'arrive pas à se concentrer. Les symptômes sont apparus il y a 7 ans et ont atteint le degré d'intensité actuel depuis 2 à 3 ans, sans amélioration. Lors des entretiens réalisés avec un interprète, l'expertisée a expliqué que ses troubles étaient apparus subitement, la première crise ayant eu lieu la nuit. Ces crises interviennent régulièrement, elles durent une quinzaine de minutes, se manifestent par une sensation d'étouffement et de chaleur dans la tête avec des tremblements, l'assurée est épuisée après la crise. L'assurée décrit un mal-être psychique général et vague, son humeur est triste, elle dit que la mort serait bienvenue, sans envisager de suicide et se plaint de sa mémoire vide. Elle décrit de manière vague des difficultés d'endormissement et des troubles de la continuité du sommeil, son appétit serait aussi perturbé. Ce qui la perturbe le plus, c'est l'angoisse et les crises de suffocation.

Au titre des constatations objectives, l'expert rappelle que l'assurée a été accompagnée par son mari, puis par un ami et un neveu, les deux derniers entretiens se sont déroulés avec un interprète. L'expertisée est passive, silencieuse, figée et sans expression émotionnelle lors du premier entretien. Lors des suivants, elle a pleuré à plusieurs reprises, les larmes coulant en silence. Lorsqu'elle a évoqué sa tentative de suicide, elle a montré des signes de grande anxiété et de tristesse.

L'expert retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.1/2) et de trouble panique (F41.0). S'agissant de l'appréciation du cas et du pronostic, l'expert retient que la patiente souffre depuis l'année 2001 de crises d'anxiété paroxystiques, qui se manifestent essentiellement par une impression d'asphyxie et de suffocation, qui se répètent régulièrement, environ une fois par mois, l'expertisée vivant dans la crainte permanente de la survenue de telles crises. Elle a aussi développé une agoraphobie. Son état psychologique s'est dégradé depuis 2 ans et en septembre 2010, elle a fait une tentative de suicide dans le cadre d'un épisode dépressif avec manifestations psychotiques. Elle est désormais suivie et malgré la prise d'un traitement antidépresseur et antipsychotique, son état clinique n'a été que très discrètement amélioré à ce jour. Le pronostic est très réservé et il est fort probable

que non seulement l'expertisée restera incapable de travailler, mais que son état clinique persistera tel qu'aujourd'hui, avec une dépression qui évolue vers la chronicité, associée à un trouble anxieux aujourd'hui invalidant. La dépression, actuellement d'un degré plutôt sévère, entraîne une incapacité totale de travail. Elle est étroitement liée à un trouble panique qui a des conséquences très délétères sur la vie quotidienne de la recourante. L'incapacité de travail durable en lien avec un trouble psychiatrique est pleinement avérée depuis septembre 2010, aucune activité lucrative n'est exigible. Le traitement psychiatrique qui repose sur des entretiens et l'administration de médicaments a des effets modestes, et certains facteurs de résistance impliquent qu'il est probable que l'expertisée ne recouvre pas sa capacité de travail et que son état clinique reste très altéré.

La recourante estime qu'elle souffre de troubles physiques et n'imagine pas le rôle des facteurs psychologiques. C'est suite à la tentative de suicide qu'une prise en charge psychiatrique a pu être instaurée, qui se poursuit, mais la représentation que l'assurée se fait de ces troubles n'a pas évolué et ses capacités d'introspection sont très réduites.

13. Par pli du 7 avril 2011, la Cour a posé quelques questions complémentaires auxquelles le Dr F_____ a répondu le 3 mai 2011 comme suit:
 1. L'anamnèse obtenue suggère que l'état psychologique de l'assurée s'est dégradé depuis 2 ans, mais il n'a pas été possible d'obtenir plus de précisions cliniques et sémiologiques. En janvier 2009, l'expert psychiatre du CEMED diagnostiquait une dysthymie, de sorte qu'une aggravation du trouble de l'humeur s'est donc produite entre janvier 2009 et septembre 2010 et la détérioration a très vraisemblablement été progressive. Aucun élément fiable n'autorise l'expert à fixer une date précise entre ces deux repères, de sorte qu'il ne peut pas retenir avec certitude une incapacité de travail durable avant septembre 2010.
 2. Aucun élément clinique ou anamnestique ne permet de se prononcer sur la capacité de travail de l'expertisée depuis 2007.
 3. L'expert ne s'écarte pas des conclusions formulées par le CEMED en janvier 2009. Toutefois, le diagnostic d'épisode dépressif majeur, léger ou moyen aurait été plus approprié que celui de dysthymie. Rien ne permet par contre de soutenir que l'état dépressif était alors sévère. Le diagnostic psychiatrique retenu en mars 2008 par la Dresse A_____ est trop vague.
14. L'expertise et son complément ont été transmis aux parties le 6 mai 2011 avec un délai au 6 juin 2011 pour se déterminer.
15. Par pli du 27 mai 2011, l'OAI a persisté dans ses conclusions, précisant que l'incapacité de travail durable a débuté en septembre 2010 seulement, soit 10 mois après que la décision litigieuse ait été rendue, de sorte qu'il appartient à la

recourante de présenter une nouvelle demande de prestations. Si par impossible la Cour annulait la décision litigieuse, le renvoi à l'OAI pour instruction complémentaire serait alors nécessaire. Est joint l'avis du SMR du 25 mai 2011 qui relève que l'épisode dépressif sévère date de septembre 2010 seulement, soit après la décision de refus de prestation litigieuse.

16. Malgré le délai fixé l'assurée ne s'est pas déterminée.

17. La cause a été gardée à juger le 7 juillet 2011.

EN DROIT

1. a) 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).

Dès 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).

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

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'assurée à une rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2009, soit 6 mois après le dépôt de la demande, l'incapacité de travail datant de 2007 selon le médecin traitant. 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), ainsi que des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, pour les faits postérieurs au 1^{er} janvier 2008, eu égard au principe précité selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision.

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'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision en date du 18 septembre 2009 qui a été confirmé par la décision du 9 novembre 2009 contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales le 25 novembre 2009.

c) Interjeté dans les formes et délais 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 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40% au moins donne droit à un quart de rente; 50% au moins à une demi-rente; 60% au moins à un tiers de rente et 70% au moins à une rente entière.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

c) Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer

(ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) 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 surexpertise 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 352 consid. 3b/aa et les références).

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

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*, 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).

5. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut en principe pas être prononcé (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; 119 Ib 33 consid. 1b p. 36 et les références). Selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut

parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références).

6. Dans le cas d'espèce, la Cour estime que l'expertise du Dr F_____ a pleine valeur probante. Son rapport a été établi en pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressée, il prend en considération les plaintes de la patiente ainsi que l'histoire médicale de celle-ci, ses conclusions sont claires et motivées et elles ont été complétées. L'expert conclut que l'épisode dépressif moyen à sévère et le trouble panique dont souffre l'expertisée impliquent une totale incapacité de travail depuis septembre 2010 seulement, en l'absence de toute indication médicale probante antérieure. Il précise que la détérioration a été progressive entre l'expertise du CEMED de janvier 2009 et le tentamen de septembre 2010. Il précise que le CEMED retenait à tort une dysthymie, le diagnostic étant déjà celui d'épisode dépressif majeur, léger ou moyen à cette époque. A cette nuance près, les conclusions de l'expert ne divergent pas de celles du CEMED et du SMR au moment de la décision litigieuse.

Il faut donc retenir que lors de la demande de prestations d'invalidité en février 2008, l'assurée était très vraisemblablement déjà atteinte des troubles psychiques diagnostiqués, mais que ceux-ci n'étaient pas d'une gravité suffisante pour impliquer une incapacité de travail. Tel était encore le cas lors de la décision du 9 novembre 2009, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a alors refusé toute rente à l'assurée.

L'incapacité de travail qui débute en septembre 2010 excède ainsi l'objet du litige, en principe circonscrit par la décision du 9 novembre 2009. Toutefois, l'aggravation progressive de l'état de santé depuis plusieurs années, et en tout cas depuis janvier 2009, constitue un état de fait commun, puisqu'il ne s'agit pas de troubles nouveaux, mais de l'aggravation de ceux existants. Dès lors que l'on peut considérer que l'évolution postérieure à la décision est étroitement liée à l'objet du litige, que l'état de santé et son aggravation ont été investigués par un expert et que le SMR et l'OAI ont pu se prononcer à leur sujet, il se justifie par économie de procédure d'étendre la procédure à la période postérieure à la décision dont est recours.

Toutefois, dans la mesure où l'incapacité de travail durable a débuté en septembre 2010 seulement, le droit à une rente d'invalidité naît en septembre 2011, pour autant qu'aucune amélioration durable n'intervienne entre l'expertise d'avril 2011 et septembre 2011. Ainsi, la cause n'est pas en l'état d'être jugée et elle sera renvoyée à l'OAI pour une instruction complémentaire rapide, en questionnant le psychiatre traitant, puis si nécessaire en procédant à un examen psychiatrique au SMR, dès lors que l'expert a d'ores et déjà retenu un pronostic sombre, estimant très peu probable que l'assurée retrouve une quelconque capacité de travail.

7. Le recours est donc très partiellement admis et la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire, au sens des considérants. Toutefois, aucun émolument ne sera mis à la charge de l'intimé, qui ne pouvait pas, lors de la décision, tenir compte de l'aggravation intervenue ultérieurement.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
4. 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

Irene PONCET

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