

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1957/2008

ATAS/963/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 29 juillet 2009

En la cause

Madame P _____, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P_____, née en 1972, a travaillé en tant que téléphoniste et aide-réceptionniste, ainsi qu'en dernier lieu comme sommelière.
2. Depuis le 24 juillet 2003, une incapacité de travail totale est attestée.
3. Par demande reçue le 21 avril 2005, l'assurée requiert des prestations d'assurance-invalidité en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente. A titre d'atteintes, elle mentionne un eczéma sur tout le corps, devenu chronique, avec allergies à de nombreux produits, des crampes dans les bras et les jambes, les mains et les pieds. A cela s'ajoute actuellement une forte dépression.
4. Depuis le 1^{er} décembre 2003, l'assurée est prise en charge par l'Hospice général.
5. Selon le rapport du 6 août 2004 du Dr A_____ de la Clinique et Polyclinique de dermatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assurée est atteinte d'un eczéma de contact systémique et d'une polysensibilisation (chrome-cobalt, nickel, glutaralde et glutaraldéhyde). A titre de comorbidités, il mentionne une bronchite chronique, un tabagisme actif et un état dépressif. L'eczéma atteint les mains, les pieds, l'abdomen et les plis (axillaires et genoux). L'évolution est globalement favorable et le médecin a encouragé à plusieurs reprises l'assurée à reprendre une activité professionnelle, le status cutané le permettant. Il y aurait cependant lieu d'évaluer son état psychique.
6. Selon le rapport du 7 décembre 2004 du Dr B_____, neurologue, à qui l'assurée est adressée en raison des crampes affectant les jambes et parfois les muscles intrinsèques des bras, l'examen neurologique est normal. Il conseille un traitement par du sulfate de quinine pour les crampes qui revêtent un caractère de sévérité certain. Par ailleurs, la patiente lui a fait part de ses difficultés existentielles.
7. La Dresse C_____, médecin traitant, adresse la patiente au Dr D_____, spécialiste en médecine interne et en angiologie, en raison d'antécédents psychosociaux douloureux avec crises douloureuses survenant le matin au réveil et occasionnant un blocage très douloureux dans un premier temps de la cuisse droite, actuellement bilatérale, ne permettant pratiquement plus à la patiente de se déplacer. Selon le rapport du 27 avril 2005 de ce dernier médecin, le bilan angiologique tant artériel que veineux est normal et ne fournit pas d'explication à la symptomatologie douloureuse de la patiente.
8. Dans son rapport du 2 mai 2005, la Dresse C_____ émet les diagnostics d'état dépressivo-anxieux réactionnel depuis 1994, d'eczémas diffus depuis 1992, de sinusites récidivantes depuis 1990 et de douleurs aux deux pieds, de crampes et de

dysesthésies depuis 2005. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, elle mentionne des condylomes vulvaires depuis 1989, une surcharge pondérale depuis 1992 et une bronchite chronique. L'état s'aggrave. Dans l'anamnèse, elle indique que la faillite du dernier employeur de la patiente a constitué un choc et que celle-ci est sans travail depuis lors, ce qui a exacerbé l'état dépressif. Elle suit un traitement antidépresseur et anxiolytique, ainsi qu'une psychothérapie. Dans l'annexe à son rapport médical, la Dresse C _____ mentionne que plus aucune activité n'est exigible, en raison d'une asthénie, d'une perte de motivation et d'une perte de confiance.

9. Le 6 mai 2005, le Dr A _____ certifie à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) que l'assurée a été suivie à la Polyclinique de dermatologie entre le 12 août 2003 et le 21 avril 2005 pour un problème d'eczéma généralisé qui a amené une incapacité de travail à 100 % du 11 août 2003 au 6 septembre 2004. En cas de réinsertion professionnelle, les activités comportant la manipulation de métaux, de cuirs et de produits irritants (désinfectants, produits de nettoyage) seraient à éviter.
10. Selon l'avis de sortie du 12 juillet 2006 du Centre d'accueil et d'urgences des HUG, la patiente se plaint d'un lumbago depuis 10 jours avec, la veille, une parésie complète du membre inférieur droit et une hypoesthésie-anesthésie de ce membre pendant 45 minutes qui s'est complètement résolue. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur hormis une aréflexie achilléenne. Le status est difficile à déterminer, la patiente étant pliée en deux, la palpation étant très douloureuse au niveau L1-S1 et para-vertébrale avec contracture musculaire.
11. Du 25 septembre au 2 octobre 2006, l'assurée séjourne au Service de médecine interne de réhabilitation des HUG qui pose les diagnostics de lombosciatalgies gauches non déficitaires, d'épisode dépressif récurrent et de surcharge pondérale. La symptomatologie algique s'est peu modifiée pendant le séjour, même si une discrète amélioration a été obtenue sous prescription transitoire de morphine. En raison de l'intrication de problèmes psychosociaux importants, des discussions ont été organisées avec la patiente et son compagnon, afin d'identifier les facteurs de crises et de mettre sur pied une prise en charge intégrée. La patiente refuse cependant l'aide de la consultation psychiatrique, ainsi que celle des services sociaux.
12. Du 5 octobre au 6 novembre 2006, l'assurée séjourne au Service de rhumatologie des HUG en raison d'une lombosciatalgie gauche. L'examen neurologique est normal. La radiographie de la colonne lombaire montre un discret pincement L5-S1 et met en évidence une protrusion sous-ligamentaire circonférentielle L4-L5, L5-S1 sans conflit disco-radiculaire et une discrète lipomatose épidurale. Un ultrason du genou fait paraître un épanchement intra-articulaire, ainsi que suspecter un kyste poplité, et une IRM montre un petit infiltrat liquidien.

13. Selon le rapport du 28 novembre 2006 de la Clinique de Jolimont, l'assurée souffre de lombosciatalgies gauches. Les comorbidités sont une fibromyalgie, des épisodes dépressifs récurrents et une anémie ferriprive. Elle est adressée à cette clinique pour la prise en charge des lombosciatalgies et de l'impossibilité de flexion du genou gauche. Durant le séjour, l'évolution est favorable.

14. Le 3 décembre 2006, la Dresse C_____ certifie notamment ce qui suit :

"Ma patiente souffre de lombosciatalgies aiguës ayant nécessité plusieurs séjours hospitaliers ces derniers mois, de probable fibromyalgie, ainsi qu'une dépression aggravée par ses problèmes de santé. Elle présente également un eczéma chronique sujet à des poussées inflammatoires aiguës extrêmement pénibles. Elle nécessite des traitements de physiothérapie et doit prendre des AINS et même des dérivés morphiniques dans un but antalgique - avec, par ailleurs, un effet insuffisant. Elle est sous tranquillisants et antidépresseurs, à fortes doses.

Elle ne peut en aucune façon travailler, même à 50 %, son état de santé s'étant sérieusement péjoré."

15. Le 15 janvier 2007, l'assurée est soumise à une expertise multidisciplinaire, interniste, rhumatologique et psychiatrique, par les Drs E_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et F_____, psychiatre, au Centre d'expertise médicale à Genève. Il est mentionné, dans leur rapport du 15 juin 2007, qu'elle a vécu une enfance et adolescence sans particularité. En sortant du cycle, elle a effectué une école de secrétariat pendant deux ans où elle dit avoir été brillante. Cependant, quelques semaines avant le diplôme final, elle arrête cette école et commence une formation de téléphoniste-réceptionniste dans plusieurs hôtels. Par la suite, elle travaille comme serveuse dans plusieurs endroits et finalement comme barmaid de 2000 à 2002. Puis, elle devient conseillère en beauté et fait des représentations au porte à porte. Suite à la faillite de l'entreprise de cosmétiques, elle se retrouve sans emploi et c'est à ce moment que ses troubles dépressifs et ses atteintes cutanées se manifestent. Elle ne se revoit plus travailler en raison de sa fatigue extrême, de l'importance de ses douleurs, tant imprévisibles qu'aléatoires. Elle n'a pas de projets d'avenir, ni professionnels, ni privés. Elle déclare souffrir d'un état anxio-dépressif récidivant, le premier ayant lieu en 1999 suite au décès de son compagnon à l'âge de 43 ans. Elle ne s'est pas fait soigner pour cet état dépressif, mais a vécu en réclusion, tirant les rideaux, allumant des bougies dans tout l'appartement et collant des photos de son compagnon sur tous les murs. Son deuxième état dépressif date de 2003, suite à la survenue de son atteinte cutanée et de problèmes relationnels avec son deuxième compagnon qui était alcoolique et violent. En avril 2005, elle commence une thérapie chez le Dr G_____, psychiatre, d'abord à raison de deux fois par semaine, puis une fois tous les 15 jours. Elle déclare également avoir essayé de se suicider à deux reprises.

Son troisième problème est celui d'une lombosciatalgie gauche, pour laquelle elle a été hospitalisée du 29 septembre au 2 octobre, du 5 octobre au 7 novembre et du 7 novembre au 17 décembre 2006. Les douleurs étaient d'abord occasionnelles, puis se sont accentuées en fréquence et en intensité. Actuellement, elle souffre de douleurs lombaires basses en barre permanentes, omniprésentes, évaluées à 10 sur 10 sur une échelle de douleurs, irradiant occasionnellement aux membres inférieurs gauches. L'expert rhumatologue constate qu'elle se déplace avec beaucoup de difficulté à l'aide de deux cannes et en anteflexion du tronc à petits pas. Son faciès est triste avec des larmes aux yeux à plusieurs reprises. Sans cannes, elle présente une discrète boiterie antalgique. Les médecins diagnostiquent un syndrome fibromyalgique avec l'ensemble des "Trigger Points" positifs (18/18), une personnalité émotionnellement labile de type borderline et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils mentionnent une obésité, une polysensibilisation, des antécédents d'eczéma généralisé, une anémie ferriprive et une bronchite chronique. L'atteinte cutanée a entraîné chez l'expertisée en 2003 un sentiment de dégoût d'elle-même, de rejet et l'idée d'être monstrueuse. Elle évoque ces lésions au présent, même si elle admet que l'atteinte est moins importante ces derniers temps. Les douleurs ostéo-articulaires diffuses sont accompagnés de céphalées, de palpitations, de troubles du sommeil et d'une fatigue intense. Au status, les experts relèvent notamment un status cutané calme sans aucune lésion appréciable, des troubles statiques du rachis, un relâchement de la sangle lombo-abdominale, un bloc lombo-vertébral, un seuil de la douleur abaissé et une démarche laborieuse avec l'aide de cannes et des difficultés à la mise sur les talons et les pointes. Le trouble dépressif récurrent induit une importante labilité émotionnelle et diminue la capacité de travail provisoirement. Les experts proposent une modification du traitement psycho-pharmaceutique et une adaptation de la prise en charge psychothérapeutique, puis une nouvelle évaluation à un an après. Au vu du status, de la gestuelle lente laborieuse, des nombreux soupirs, exclamations et douleurs pendant l'examen clinique, de l'absence de réalisation des activités ménagères et des courses dans sa vie quotidienne et des quelques changements de position observés en cours d'entretien, ils valident les douleurs ostéo-articulaires dont se plaint l'assurée. Devant un certain degré de discordance entre les atteintes organiques, les symptômes et l'image que donne l'assurée dans la vie, les experts suspectent que l'assurée s'est réfugiée dans une identité d'invalidé de façon inconsciente. Sur le plan physique, la présence de troubles statiques du rachis, le syndrome lombo-vertébral, l'importante déconditionnement musculaire, ainsi que les multiples plaintes douloureuses liées à la fibromyalgie limitent le maintien de positions statiques prolongées, la marche de plus de 100 mètres et le port de charges. Sur les plans psychique et mental, l'état dépressif et la labilité émotionnelle actuelle limitent également la capacité de travail. Toutefois, ces atteintes peuvent être contrôlées par la prise d'antidépresseurs dans le but d'obtenir une rémission. Selon les experts, la capacité de travail est nulle depuis le 24 juillet

2003 dans n'importe quelle activité et l'état est resté stationnaire depuis cette date. Les troubles psychiques pourraient être améliorés par un ajustement du traitement psycho-pharmaceutique. Quant aux mesures de réadaptation professionnelle, les experts exposent ce qui suit :

"L'assurée est capable de s'habituer à un rythme de travail et est également capable de s'intégrer dans le tissu social. Concernant la mobilisation des ressources existantes, l'assurée a montré préalablement qu'elle était capable d'apprendre rapidement les consignes dans les nombreux emplois occupés, consignes apprises sur le tas. Par ailleurs, elle fait preuve de ressources en se créant actuellement un réseau social qui pallie à ses manquements."

Une autre activité professionnelle est exigible, à condition que l'assurée ne soit pas en contact avec des substances allergisantes (métaux, cuirs et certains désinfectants), puisse alterner les positions, ne pas porter des charges. Une telle activité pourrait être exercée à raison de quatre heures par jour.

16. Le 4 septembre 2007, le Dr F_____ du Centre d'expertise médicale revoit l'assurée pour un complément d'expertise. Il rappelle certains éléments du rapport d'expertise du 15 juin 2007 et fait état de ce que les experts auraient retenu une capacité de travail à 50% à partir de janvier 2006. Lors du nouvel examen, l'assurée décrit une aggravation de son état de santé avec évolution fluctuante. Ses plaintes subjectives sont essentiellement les mêmes. Il n'y a cependant pas d'anhédonie ni perte d'intérêt. L'examen clinique est superposable au précédent. L'expert note par ailleurs une certaine agressivité de l'assurée à son encontre. Elle est toujours en traitement chez le Dr G_____, lequel a indiqué à l'expert qu'il n'avait pas retenu initialement une incapacité de travail, mais que son opinion s'est modifiée avec le temps. Selon le Dr G_____, l'évolution clinique n'est pas satisfaisante et le trouble de la personnalité est au premier plan. Il relève l'intelligence et les bonnes ressources personnelles de la patiente, notamment sa capacité à mobiliser son entourage, obtenant des soins à domicile pour de la physiothérapie et diverses interventions sociales. Le Dr G_____ rapporte aussi qu'en août 2007, sa patiente a perdu une amie, ce qui semble aussi réactiver l'état dépressif et déstructurer quelque peu sa personnalité. Néanmoins, elle a réussi à s'investir dans l'accompagnement de cette amie en fin de vie. Dans les limitations fonctionnelles actuelles, le Dr F_____ note une très forte labilité émotionnelle et des phases de dépression marquée en lien avec son trouble de la personnalité, ainsi que des comportements auto-mutilatoires. Il qualifie le trouble de la personnalité de sévère. En raison des bonnes ressources personnelles, il estime cependant que la capacité résiduelle est de 50 %. Quant à l'évolution clinique de l'assurée depuis janvier 2007, le Dr F_____ mentionne une évolution avec des phases d'amélioration et des phases d'aggravation, au gré des événements de vie adverses, notamment la perte d'une amie récemment. Le problème principal est socialement un trouble de la

personnalité émotionnellement labile de type borderline et le trouble dépressif accompagnant ce trouble de la personnalité. Il s'agit d'une affection plus sévère qu'un trouble de l'adaptation ou d'une dysthymie.

17. Dans son avis médical du 22 février 2008, le Dr H_____ du SMR relève ce qui suit :

"Le diagnostic incapacitant principal est celui de personnalité émotionnellement labile de type borderline avec une incapacité totale, dans toute activité, à partir de juillet 2003. Le complément d'expertise effectué en septembre 2007 (...) a objectivé une amélioration clinique avec une incapacité de travail de 50 %, cela dans toute activité et à partir de la date de l'examen, soit le 4 septembre 2007".

18. Le 28 février 2008, l'OCAI établit la perte de gain de l'assurée à 51,6 %, dans une activité à 50 %.
19. Le même jour, l'OCAI adresse à l'assurée un projet de décision, par lequel il lui octroie une rente entière de juillet 2004 à décembre 2007, puis une demi-rente dès janvier 2008. Il mentionne que le complément d'expertise effectué en septembre 2007 a objectivé une amélioration clinique avec une capacité de travail de 50 % dans toute activité à partir de la date d'examen. L'OCAI estime par ailleurs que l'assurée a les qualifications requises pour reprendre une activité professionnelle dans son domaine, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre sur pied une mesure d'ordre professionnel.
20. Le 10 mars 2008, la Dresse C_____ forme opposition à ce projet, au nom de sa patiente. Elle informe l'OCAI que celle-ci est au bénéfice d'une hospitalisation à domicile depuis juillet 2007 et suivie par l'équipe de SITEX depuis lors. Elle est alitée 24 heures sur 24 et incapable de se déplacer. Depuis près de quatre mois, elle n'a pas pu quitter son appartement.
21. Selon l'attestation du 11 mars 2008 de SITEX SA, société d'hospitalisation à domicile, elle prend en charge l'assurée sept jours sur sept depuis le 29 juin 2007.
22. Dans le cadre de la procédure d'opposition au projet de décision précité, le dossier est soumis au Dr H_____ du SMR. Celui-ci estime que le courrier de la Dresse C_____ n'est pas convaincant, dès lors que les informations qu'elle donne ne correspondent pas à l'expertise complémentaire effectuée le 4 septembre 2007. Les diagnostics ne justifient en aucune manière une hospitalisation à domicile, selon le Dr H_____. Ainsi, il conclut qu'il n'y a aucun élément médical nouveau.
23. Par décision du 6 mai 2008, l'OCAI confirme son projet de décision précité.

24. Par courrier du 16 mai 2008, la Dresse C_____ rappelle à l'OCAI que sa patiente est incapable de se déplacer depuis juillet 2007 et est suivie à domicile par des infirmières de SITEX. Depuis octobre 2007, elle est alitée et souffre de douleurs constantes nécessitant un traitement de morphine. La Dresse C_____ ne comprend dès lors pas la décision de l'OCAI, selon laquelle sa patiente serait capable de travailler à 50 % depuis le 1^{er} janvier 2008.
25. Par acte posté le 3 juillet 2008, l'assurée recourt contre la décision de l'OCAI, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière non limitée dans le temps. Elle allègue avoir été hospitalisée en ambulance du 8 au 27 mai 2008, dès lors qu'elle n'arrivait pratiquement plus à marcher. Elle est dans l'incapacité de se concentrer sur quoi que ce soit et très dépendante de son entourage. Depuis pratiquement une année, elle est bloquée du dos et ne peut se déplacer que très rarement et avec de l'aide. Elle est enfermée chez elle comme dans une prison.
26. Le 25 septembre 2008, la recourante transmet au Tribunal de céans, à sa demande, le rapport du Service de médecine interne de réhabilitation des HUG du 30 mai 2008. Il y est attesté qu'elle a séjourné dans ce service du 8 au 27 mai 2008. Les diagnostics principaux sont les suivants : syndrome douloureux chronique en exacerbation, tabagisme actif et kyste épidermoïde sous-mammaire bilatéral. A titre de comorbidités, les médecins mentionnent des lombosciatalgies chroniques, une fibromyalgie, un épisode dépressif récurrent et un trouble de la personnalité non défini, une obésité, une notion d'allergie au chlore des piscines, un condylome vaginal, une hernie hiatale, une gastrite avec hélicobactère pilori traitée en 2008. Il ressort de ce rapport que la patiente est suivie à domicile depuis le mois de juillet avec un traitement par morphine sous-cutané en pompe, en raison d'une exacerbation des douleurs. Celles-ci se sont aggravées fin avril 2008 sans facteur déclenchant. La patiente décrit aussi une faiblesse de l'hémicorps gauche. Un régime alimentaire hypocalorique est mis en place. La patiente refuse les séances de physiothérapie et se déplace toujours avec des cannes anglaises. Il est en outre fait état dans ce rapport de ce que l'assurée bouge toute la journée (cafétéria, balcon pour fumer). Enfin, le traitement antidépresseur est modifié. Le 27 mai 2008, elle rentre à domicile avec un encadrement par SITEX.
27. Le 17 novembre 2008, le Dr H_____ du SMR se prononce sur le rapport d'hospitalisation des HUG. Il relève que les diagnostics sont inchangés et qu'à l'examen clinique l'état général est bon. Il ressort par ailleurs du rapport que la recourante se mobilise toute la journée (cafétéria, balcon) pour fumer, alors même que son médecin traitant dit qu'elle est alitée et clouée chez elle. Les épisodes de faiblesse de l'hémicorps gauche ne sont qu'anamnestiques et n'ont jamais été objectivés. Ainsi, selon le Dr H_____, il n'y a aucun élément nouveau.

28. Sur la base de cet avis médical, l'intimé conclut le 20 novembre 2008 au rejet du recours.
29. Par lettre du 2 janvier 2009, la recourante fait savoir au Tribunal de céans que les conditions de son séjour à l'Hôpital Beau-Séjour étaient déplorables (chambre avec cinq personnes âgées et grande chaleur). Un samedi matin, elle s'est forcée à bouger malgré toutes ses douleurs pour aller fumer sur le balcon à 150 mètres de la chambre et de descendre avec beaucoup de peine lorsqu'elle avait des visites. Elle s'étonne qu'on le lui reproche aujourd'hui. Par ailleurs, la Dresse I_____ de Beau-Séjour lui a refusé la lettre de sortie. Du 17 octobre au 3 novembre 2008, elle a été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana. Elle fait enfin état de ses nombreuses sciatalgies très douloureuses et chroniques, ainsi que de sa fibromyalgie et de plusieurs tentatives de suicide.
30. Le 24 février 2009, la Clinique genevoise de Montana transmet au Tribunal de céans, à sa demande, son rapport du 17 décembre 2008 relatif à l'hospitalisation de la recourante du 16 octobre au 3 novembre 2008. Selon ce rapport, le diagnostic principal est un trouble somatoforme douloureux. Les comorbidités sont les suivantes : trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisations, troubles du comportement alimentaire, dépendance aux benzodiazépines et aux opiacées, tabagisme chronique, obésité stade II, eczéma chronique, pluri-allergies, status post amygdalectomie et status post multiples tentamens. Le but de l'hospitalisation est un éloignement de son milieu actuel et une approche multidisciplinaire. Au cours de son séjour, la recourante bénéficie d'un soutien médico-infirmier régulier et d'entretiens spécialisés avec le psychologue. Il ressort également du rapport qu'elle a pris 25 kilos en deux ans, en lien avec une alimentation anarchique et des compulsions alimentaires. Pendant le séjour, elle a reçu une alimentation équilibrée et perdu 2 kilos.
31. Selon le rapport du 5 février 2009 du Dr J_____ relatif à une IRM des articulations sacro-iliaques et du sacrum, la recourante est atteinte d'une sclérose hétérogène au niveau de ces articulations avec discret œdème dans la partie antérieure des berges sacrées. Elle présente également une irrégularité des surfaces articulaires évoquant une sacro-iliite inflammatoire. En outre, le radiologue constate une infiltration lipidique à la hauteur des veines iliaques et du coccyx, sans fracture ni lyse osseuse.
32. Le 13 mars 2009, le Dr H_____ se détermine sur les nouvelles pièces médicales précitées et se réfère également à un courrier du 16 février 2009 du Dr K_____ faisant état d'une spondylarthrite ankylosante. Le Dr H_____ admet que cette atteinte constitue un élément nouveau et qu'elle existait probablement déjà avant la date de la décision litigieuse. Il estime dès lors que l'état

somatique n'est pas stabilisé, mais qu'il devrait s'améliorer après trois à quatre mois de traitement. Il lui semble dès lors qu'une instruction complémentaire est indiquée.

33. Par courrier du 16 mars 2009, l'intimé conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, sur la base de l'avis médical précité du Dr H_____.
34. Invitée à se déterminer sur cette proposition, la recourante omet de répondre.
35. Le 10 juin 2009, l'intimé transmet au Tribunal de céans, à sa demande, copie du rapport du 16 février 2009 du Dr K_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, à la Dresse C_____. Ce praticien y atteste que la recourante souffre d'une fibromyalgie, de problèmes psychiatriques graves et d'une sacro-iliite. Il retient par ailleurs le diagnostic de spondylarthrite ankylosante.
36. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; RS E 5 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. Le 1^{er} janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI) Elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe 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 (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Avant cette date, les dispositions légales s'appliquent dans leur ancienne teneur. Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).
3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir quel est le degré d'invalidité de la recourante à partir de janvier 2008, respectivement si son état de santé s'est amélioré à cette date au point qu'elle a pu recouvrer une capacité de gain de 50 %.

5. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, 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.

6. 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).

7. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.
8. 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 LPG), 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) 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 353 consid. 3b/bb).

c) 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 recourante a fait l'objet d'une expertise par les Drs RUFF E_____ et F_____ du Centre d'expertise médicale. Ces médecins ont indiqué, en réponse à la question B.2.5 p. 18 de l'expertise, que la recourante était en incapacité de travail à 100% depuis le 24 juillet 2003 et, en réponse à la question B.2.6, que son état était resté stationnaire, tout en ajoutant, "avis que nous partageons actuellement". Il est vrai qu'à la question C.3.2, les experts ont répondu que la recourante pourrait travailler dans une activité adaptée à raison de quatre heures par jour. Dans son complément d'expertise du 21 janvier 2008, le Dr F_____ fait état de ce que les experts auraient admis une capacité de travail de 50 % à partir du 1^{er} janvier 2006.

Il apparaît ainsi que ces rapports sont contradictoires. On ne voit par ailleurs pas où les experts auraient constaté, dans leur rapport d'expertise initiale du 15 novembre 2007, que la capacité de travail de la recourante était de 50 %, dès lors qu'ils ont expressément admis qu'elle présentait une incapacité de travail totale. Si les experts ont indiqué, à la fin de leur rapport dans le cadre des questions concernant la réadaptation professionnelle, qu'une activité adaptée pourrait être exercée à raison de quatre heures par jour, cela doit être interprété dans le sens qu'il s'agit de leur pronostic, après modification du traitement psychopharmaceutique et psychothérapeutique préconisée. Par ailleurs, l'intimé l'a également compris dans ce sens puisqu'il a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail totale jusqu'en septembre 2007.

En outre, si l'on voulait admettre que les experts ont retenu une capacité de travail de 50 % à partir de janvier 2006, comme le Dr F_____ l'indique dans son complément d'expertise, il conviendra alors de considérer que l'expertise n'est pas convaincante, dans la mesure où les experts n'ont pas exposé en quoi l'état de santé de la recourante se serait amélioré, après avoir clairement indiqué, comme relevé ci-dessus, que l'état était stationnaire depuis 2003.

Partant, le Tribunal de céans partage l'analyse des documents médicaux et notamment de l'expertise du 15 juin 2007 par l'intimé dans le sens que la recourante était en incapacité de travail totale à la date de l'examen par les experts.

Cela étant, il y a lieu d'examiner si son état s'est amélioré depuis cette expertise. Pour l'appréciation de l'évolution de l'état de santé, l'intimé s'est fondé sur l'expertise complémentaire du Dr F_____ du 4 septembre 2007. En premier lieu, il sied de relever que ce médecin ne fait état d'aucune amélioration, dans la mesure où il déclare au contraire que l'examen clinique est superposable au précédent. Par ailleurs, comme mentionné ci-dessus, s'il a retenu une capacité de travail à 50 %, c'est uniquement parce qu'il a considéré, à tort, que telle était la conclusion de l'expertise du 15 juin 2007.

En tout état de cause, le Dr F_____ ne mentionne pas le suivi médical à domicile de la recourante depuis le 29 juin 2007, comme cela est attesté par SITEX SA et la Dresse C_____. Partant, la valeur probante du complément d'expertise du Dr F_____ est très douteuse. En effet, ce complément semble avoir été effectué dans la hâte et sans avoir approfondi le dossier.

Des autres rapports médicaux, il résulte que, depuis l'expertise par le Centre d'expertise médicale, l'état de santé de la recourante ne s'est de loin pas amélioré, celle-ci vivant complètement recluse dans son appartement et étant suivie à domicile par les infirmières de SITEX SA. Son état a par ailleurs motivé plusieurs hospitalisations et les douleurs étaient exacerbées au point qu'elles ont nécessité l'administration de morphine sous-cutanée en pompe. Enfin, dernièrement, une spondylarthrite ankylosante a été objectivée.

En outre, s'il est effectivement mentionné, dans le rapport du 25 septembre 2008 du Service de médecine interne de réhabilitation des HUG du 30 mai 2008, que la recourante bouge toute la journée, les médecins de ce service ont néanmoins constaté un syndrome douloureux chronique en exacerbation, des lombosciatalgies chroniques, une fibromyalgie, un épisode dépressif récurrent et un trouble de la personnalité. Le syndrome douloureux a justifié une relative longue hospitalisation de 19 jours, ce qui témoigne également de la gravité des atteintes.

Il convient enfin de relever que s'il est vrai que la recourante souffre essentiellement d'un trouble somatoforme douloureux et d'une fibromyalgie, les critères jurisprudentiels pour reconnaître le caractère invalidant de cette affection sont en l'occurrence établis (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). En effet, ces affections sont accompagnées d'une comorbidité psychiatrique importante, à savoir un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, auquel s'ajoute un état dépressif récurrent, ainsi que des comportements auto-mutilatoires. Le Dr F_____ a qualifié le trouble de la personnalité de sévère dans son complément d'expertise du 4 septembre 2007. De surcroît, la recourante présente

aussi des affections corporelles chroniques, notamment un eczéma, une sclérose hétérogène et une spondylarthrite ankylosante. Le processus maladif s'étend sur plusieurs années sans rémission durable. La recourante vivant totalement récluse dans son appartement, une importante perte d'intégration sociale doit également être admise. Il y a en outre lieu de constater l'échec des traitements ambulatoires et stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une prise en charge intensive de la recourante depuis de nombreuses années. Enfin, il appert que le trouble somatoforme douloureux, respectivement la fibromyalgie se manifeste en l'occurrence avec une sévérité telle qu'il ne paraît objectivement pas surmontable par un effort de volonté.

Partant, une incapacité de travail totale doit être admise depuis 2003, sans aucune amélioration depuis lors, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une instruction complémentaire.

10. Au vu de ce qui précède, la décision sera annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière illimitée dans le temps à compter de juillet 2004.
11. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 6 mai 2008.
4. Octroie à la recourant une rente d'invalidité entière, illimitée dans le temps, à compter de juillet 2004.
5. L'émolument de justice, fixée à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
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); 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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