

EN FAIT

1. Mme M_____ (ci-après : l'assurée), née en 1954, de nationalité polonaise, titulaire d'une autorisation d'établissement C, séparée depuis le 13 novembre 2002 et divorcée depuis le 10 avril 2008, mère de quatre enfants est entrée en Suisse en décembre 1991.
2. L'assurée s'est inscrite à l'Office cantonal de l'emploi le 13 septembre 1999 ainsi que le 7 avril 2006. Elle a reçu des indemnités de chômage dès le 7 avril 2006.
3. L'assurée a travaillé depuis le 1^{er} avril 2004 comme aide-soignante à 50 % à l'EMS La Terrassière, pour un salaire mensuel de 2'155 fr. 90 en 2008 (sans les indemnités fériés/week-end, la participation à la caisse-maladie et le bonus social). Auparavant, elle a travaillé comme femme de chambre dans des hôtels et aide-soignante au foyer du Vallon. Elle est titulaire du certificat de la Croix-Rouge genevoise d'auxiliaire de santé CRS et de celui d'auxiliaire de santé de la Roseraie.
4. Dès le 20 avril 2007, elle a été en incapacité totale de travailler et à 50 % depuis le 2 juillet 2007.
5. Le 20 juin 2007, la Dresse N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a écrit au médecin-conseil de l'assurance perte de gain que l'assurée présentait une décompensation dépressive, par épuisement, dans une situation de stress prolongé, avec ses enfants à sa charge. L'état dépressif associé à une sorte de confusion mentale avait nécessité une hospitalisation à la clinique de Montana du 30 avril au 21 mai 2007.
6. Lors d'une visite par l'assurance perte de gain des 30 octobre et 5 novembre 2007, l'assurée a estimé qu'elle n'était pas assez forte psychiquement et physiquement pour reprendre une activité totale.
7. Le 31 mai 2007, la clinique genevoise de Montana a attesté d'une hospitalisation de l'assurée du 30 avril au 21 mai 2007, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations (F 33.11). A la fin du séjour, l'assurée ne présentait plus de somatisations.
8. Le 8 octobre 2007, la Dresse N_____ a informé le médecin-conseil de l'assurance perte de gain que la patiente présentait un état dépressif survenu par épuisement, qu'elle suivait un traitement médicamenteux et des entretiens réguliers et que le pronostic était favorable.
9. Le 12 février 2008, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une dépression.

10. Le 4 avril 2008, la Dresse N_____ a rempli un rapport médical de l'assurance-invalidité dans lequel elle a diagnostiqué un trouble dépressivo-anxieux (F 32.9 et F 41.9). Elle traitait la patiente depuis juin 1999 jusqu'à ce jour, avec une interruption de septembre 2001 au 19 avril 2007. Le mari de l'assurée, très violent, ne s'occupait plus des enfants depuis 2001 et ne l'aidait pas financièrement. Elle souffrait de fatigue chronique, douleurs somatiques diverses, céphalées et poussées anxieuses, nausées, palpitations, sueurs, douleurs abdominales et vertiges. Elle ne pouvait travailler plus qu'à 50 %.
11. Selon un rapport d'évaluation de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) du 22 mai 2008, l'assurée a déclaré lors d'un entretien du 18 mars 2008 qu'elle ne se sentait pas capable d'augmenter son taux de travail, par manque de concentration.
12. Un avis médical du 3 juin 2008 du SMR a proposé un examen psychiatrique et indiqué que l'atteinte à la santé semblait légère.
13. Par communication du 15 juillet 2008, l'OAI a estimé que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possible en raison de l'état de santé de l'assurée.
14. Un examen clinique et psychiatrique a eu lieu au SMR le 31 juillet 2008. Dans un rapport du 7 août 2008, la Dresse V_____, psychiatre FMH, a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité depuis le 2 juillet 2007. L'assurée se plaignait de fatigue, de maux de tête, de blocage digestif et de douleurs fluctuantes aux pieds et aux coudes. La Dresse V_____ a posé le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline, actuellement non décompensée (F 60.31), lequel n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait pas de signe d'anxiété ni de dépression, sans exclure, vu le traitement par antidépresseurs, qu'une composante dépressive soit actuellement en amélioration. Ce trouble s'était décompensé entre avril et juillet 2007, ce qui justifiait l'incapacité totale de travail du 20 avril jusqu'au 1^{er} juillet 2007.
15. Le 11 août 2008, le Dr P_____ du SMR a confirmé une capacité de travail totale dans toute activité depuis le 2 juillet 2007.
16. Par projet de décision du 1^{er} septembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'avis du SMR du 7 août 2008.
17. Le 30 septembre 2008, l'assurée, représentée par un avocat, a écrit à l'OAI qu'elle avait été victime d'un accident le 10 avril 2004 ayant entraîné des contusions et blessures avec une évolution défavorable, la présence de douleurs et des limitations fonctionnelles aux épaules ainsi que des céphalées et divers autres troubles. Elle demandait en conséquence une demi-rente d'invalidité au moins. Elle a fourni un rapport médical du 26 septembre 2008 du Dr Q_____ du centre médical Carteret. Selon ce dernier, il avait pris en charge l'assurée à la suite d'un accident du

10 avril 2004 ayant entraîné des troubles de l'équilibre, de la vision, de l'ouïe, des céphalées fréquentes et de multiples symptômes psychologiques pour lesquels elle bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique. Compte tenu de la problématique physique et psychique, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % au maximum.

18. Le 20 octobre 2008, la Dresse N_____ a fait des observations suite au rapport du SMR en relevant que l'assurée, qui assumait mal sa demande AI, s'était sûrement montrée sous son meilleur jour lors de l'examen, qu'elle avait très mal vécu l'entretien et indiqué que la Dresse V_____ avait fait des commentaires déplacés au sujet de sa vie conjugale.
19. A la demande de l'OAI, la Vaudoise Assurances, assureur LAA, a communiqué son dossier relativement à l'accident de l'assurée du 18 avril 2004 lequel avait entraîné une incapacité de travail totale du 18 au 26 avril 2004 puis à 50 % du 27 avril au 7 juillet 2004. L'assurée avait chuté et était tombée sur une porte métallique sur le visage. Elle s'était cassée la dent 22 "sur partiel résine" selon un rapport du 26 mai 2004 du Dr R_____, médecin-dentiste, ainsi que fracturé des os propres du nez et subi une contusion frontale et orbitaire selon un rapport de la permanence Vermont-Grand-Pré du 10 juin 2004. Les premiers soins avait été donnés le 18 avril 2004 par SOS médecins puis le 22 avril 2004 par la permanence Vermont-Grand-Pré.
20. Le 11 novembre 2008, la Dresse N_____ a écrit au médecin-conseil de l'assurance perte de gain que le divorce avait amené une péjoration de l'état de la patiente empêchant une augmentation de son taux de travail de 50 %.
21. Le 21 mars 2009, l'assurée a subi une entorse grave de la cheville droite.
22. L'OAI s'est adressé à plusieurs reprises au Dr Q_____, lequel n'a jamais répondu.
23. Par avis médical du 25 juin 2009, les Drs S_____ et T_____ du SMR ont relevé que le programme de reconditionnement entrepris à la clinique genevoise de Montana n'avait pas mentionné de problèmes somatiques actifs, que le dossier de l'assureur-accident ne mentionnait pas d'atteinte à la santé durable, que le Dr Q_____ ne s'était référé qu'aux plaintes de l'assurée pour justifier une incapacité de travail de 50 %, et qu'il n'y avait pas d'élément plausible d'une atteinte à la santé physique durable, de sorte qu'il convenait de clore l'instruction.
24. Par décision du 30 juin 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
25. Le 18 août 2009, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Elle requérait

préalablement l'audition des Drs Q_____ et N_____. Elle a transmis les pièces médicales suivantes :

- Une IRM cérébrale effectuée en raison de céphalées récidivantes concluant à une leucoencéphalopathie moyennement importante en rapport avec une microangiopathie.
- Une IRM de la cheville droite du 15 avril 2009 concluant à une déchirure du ligament calcanéo-fibulaire latéral avec remaniement inflammatoire régional et s'étendant autour des tendons court et long fibulaires. Ténosynovite le long du tendon du muscle fléchisseur des orteils avec formation kystique localisée à la voûte plantaire et liquide péricapulaire s'étendant tout le long du tendon.
- Une échographie de la cheville et du pied droit du 23 juin 2009 attestant d'un status post-déchirure des ligaments péronéo-astragalien antérieur et péronéo-calcanéen.
- Un avis de la Dresse N_____ du 20 juillet 2009 selon lequel l'assurée vivait comme un échec sa demande AI. Son état ne s'était guère amélioré depuis avril 2008. Elle aimait son travail mais ne pouvait l'exercer à 100 %, fait qu'elle avait du mal à admettre comme elle avait mis du temps à se rendre à l'évidence d'un divorce.
- Une note complémentaire de la Dresse N_____ du 22 juillet 2009 indiquant qu'elle avait du requérir l'hospitalisation de sa patiente à la clinique de Montana en raison de son état d'épuisement moral et physique.
- Un avis du Dr Q_____ du 18 août 2009 attestant d'une incapacité de travail de 50 % en raison de symptômes avec substrat organique et de diminution sérieuse des ressources psychiatriques. Des investigations étaient en cours pour étayer les plaintes.

L'assurée fait valoir qu'elle était hospitalisée depuis le 20 juillet 2009 à la clinique genevoise de Montana. Elle présentait encore des céphalées, des vertiges, une importante fatigabilité, une apathie et une dépression liée à la symptomatologie douloureuse. Son état psychique s'était aggravé. Contrairement à l'avis du SMR, les troubles psychiques n'étaient pas recompensés, ce d'autant que le SMR avait reconnu que sa souffrance nécessitait un suivi psychiatrique de sorte qu'il ne pouvait admettre qu'il y avait eu une rémission totale depuis juillet 2007. Elle ne pouvait travailler à plus de 50 %, conformément à l'avis de Dresse N_____. Des investigations étaient en cours pour déterminer s'il existait un lien de causalité entre l'accident et les troubles actuels.

26. Le 6 octobre 2009, la recourante a transmis un rapport de la clinique genevoise de Montana du 9 septembre 2009 faisant suite au séjour de l'assurée du 30 juillet au

19 août 2009 selon lequel il était diagnostiqué principalement un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations (F 33.11). Les facteurs de stress actuels étaient liés à des difficultés financières (refus de rente AI) et d'ordre conjugal (conclusion d'un divorce difficile en 2008). La thymie s'était nettement améliorée et la symptomatologie anxieuse s'était atténuée manifestement sous traitement de Xanax retard. Elle avait pu verbaliser sa souffrance et sa détresse psychologique. A sa sortie, elle se disait revigorée et espérait pouvoir reprendre une activité professionnelle à 100 %.

27. Le 16 octobre 2009, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait jamais affirmé être revigorée ni estimé pouvoir reprendre une activité professionnelle à 100 %. Le Dr U_____ de la clinique genevoise de Montana avait rectifié son erreur selon une nouvelle copie du rapport de la clinique.
28. Le 20 octobre 2009, le SMR a rendu un avis médical selon lequel les nouvelles pièces médicales fournies à l'occasion du recours ne témoignaient pas d'une aggravation durable, en particulier il n'y avait pas d'expression clinique de la leucoencéphalopathie vue à l'IRM et la lésion de la cheville était en voie de guérison selon l'échographie.
29. Le 27 octobre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours en considérant que l'expertise du SMR avait pleine valeur probante.
30. Le 27 novembre 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions tendant à l'audition des Drs N_____ et Q_____.
31. Le 5 janvier 2010, à la demande du Tribunal de céans, la Dresse N_____ a transmis les renseignements suivants :

Elle avait suivi la recourante du 14 juin 1999 à août 2001 puis dès le 20 avril 2007. Après des années de violence conjugale l'assurée avait décidé de demander le divorce, malgré des menaces de mort. Son époux s'était désinvesti de sa famille et l'avait laissée sans ressources. En avril 2007 elle était dans un tel état d'épuisement qu'un séjour à la clinique de Montana lui avait été prescrit. L'entretien avec la Dresse V_____ du SMR avait été catastrophique pour la patiente qui avait développé des envies suicidaires. Du 30 juillet au 19 août 2009 une deuxième hospitalisation à la clinique de Montana avait été nécessaire. Elle se plaignait de résurgence d'envies suicidaires, de douleurs somatiques aux membres, avec angoisse, nausées, sensation de vertige, crainte de chute, sommeil perturbé et fatigue quotidienne. Elle n'était pas capable de travailler à plus de 50 %. Le SMR n'avait pas fait mention de ses avis dans son évaluation.

32. Le 7 janvier 2010, la recourante a transmis les documents suivants :

- Un rapport du 10 janvier 2009 du Dr V_____, FMH en neurologie, concluant à une céphalée de tension et un trouble de la concentration inscrits dans une problématique dépressive. L'IRM cérébrale était bénigne. La patiente se plaignait d'asthénie persistante, de céphalées en casque et d'un léger déséquilibre à la marche.
 - Un rapport du Dr A_____, FMH chirurgie orthopédique, chirurgie de la main, relatant des paresthésies des mains. Il s'agissait d'un syndrome du tunnel carpien qu'il convenait d'opérer le 14 janvier 2010.
 - Un rapport du 17 novembre 2009 de la Dresse B_____, FMH en neurologie, concluant à une neuropathie bilatérale du nerf médian dans le canal carpien et une éventuelle polyneuropathie.
 - Un rapport du 13 octobre 2009 de la Dresse C_____, FMH médecine interne-rhumatologie, mentionnant que la patiente se plaignait de douleurs articulaires, de paresthésie des mains, de céphalées importantes. Il n'y avait pas de rhumatisme inflammatoire, un rhumatisme de type psoriasis ne pouvant être exclu; probablement un tunnel carpien ou une autre polyneuropathie. Il était fréquent de trouver des polyarthralgies en période de ménopause.
33. Le 18 janvier 2010, la Vaudoise Assurances a transmis une copie complète de son dossier.
34. le 19 janvier 2010, la recourante a transmis un rapport médical du Dr Q_____ du 19 janvier 2010 selon lequel les troubles de l'état de santé diminuaient sa capacité de travail de 50 %. Il indique "La symptomatologie dépressive est toujours présente avec des douleurs somatiques, nausées et vertiges. La patiente présente encore des séquelles de son entorse grave de la cheville droite et actuellement elle est en cure chirurgicale pour un tunnel carpien bilatéral. Parallèlement, des investigations thyroïdiennes sont à poursuivre, au vu de l'existence d'un petit goitre et d'une zone nodulaire dans le lobe gauche thyroïdien. A noter que la patiente fait des efforts pour pouvoir continuer à travailler, ne serait-il qu'à 50 %, dans ce contexte psychique et somatique adverse. Ces dernières années, des maladies et des accidents n'ont fait que de se succéder, ne laissant pas de répit à la patiente".
35. Le 10 février 2010, la Dresse T_____ du SMR a rendu un avis médical renvoyant à l'avis du SMR du 20 octobre 2009 concernant la symptomatologie dépressive et les douleurs somatiques et indiquant que le goitre nodulaire n'était habituellement pas une atteinte à la santé entraînant des limitations fonctionnelles, que cette atteinte était de toute façon postérieure à la décision querellée, que l'entorse et la cure du canal carpien n'entraînaient pas d'incapacité de travail durable et que les autres rapports médicaux n'apportaient pas d'éléments nouveaux.
36. Le 12 février 2010, l'intimé a maintenu ses conclusions.

37. Par ordonnance du 25 mars 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a confié une expertise au Dr D _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie.
38. Le 27 décembre 2011, le Dr D _____ a rendu son rapport d'expertise fondé sur les pièces du dossier et quatre entretiens avec l'assurée les 3 et 23 novembre 2010, 15 décembre 2010 et 7 décembre 2011.

L'assurée se plaignait de douleurs partout, de céphalées, de perte d'équilibre, de fortes sudations, d'épuisement, de découragement, d'humeur sombre, de pensée noires, d'idées de mort, de sommeil perturbé, de culpabilité, d'impuissance, d'anhédonie, d'indifférence, de troubles cognitifs, de pensées désordonnées et envahissantes, de lenteur, de difficultés de concentration et de prises de décision, de problèmes mnésiques, d'un sentiment de honte et de culpabilité et de repli sur soi.

L'expert a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant (diagnostic possible).

L'assurée souffrait depuis quelques années d'un état dépressif et anxieux qui avait nécessité deux séjours à la clinique genevoise de Montana, en 2007 et en 2009. Le trouble de l'humeur n'avait pas connu de rémission symptomatique durable en dépit d'un traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique bien investi et régulièrement suivi depuis 2007. L'état dépressif avait été d'emblée associé à d'importantes manifestations anxieuses, à de multiples somatisations (nausées, vomissements, céphalées, pertes d'équilibre, etc.) et à des douleurs diverses. Du fait des incertitudes qui demeuraient quant à l'origine des douleurs, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était possible, mais non certain. Si les douleurs aux poignets, qui s'associaient à d'autres symptômes (paresthésies, faiblesse, lâchage d'objets), avaient pu être attribuées à un syndrome du canal carpien qui avait fait l'objet d'une cure chirurgicale en 2010, il n'en allait pas de même des polyarthralgies. Un bilan rhumatologique avait écarté une origine inflammatoire, sans pour autant leur attribuer une étiologie somatique bien définie.

L'état dépressif avait persisté en dépit de la prise de différents traitements pharmacologiques (Cymbalta, Aurorix, Valdoxan) et, du fait de son association à une anxiété psychique intense, il avait d'importantes répercussions sur le fonctionnement cognitif de l'expertisée. Celle-ci se plaignait de troubles mnésiques et attentionnels, qui s'étaient manifestés durant les entretiens, allant jusqu'à des moments de confusion dans l'expression de la pensée.

L'assurée était apparue à bout de ressources, épuisée par un long combat contre l'adversité, débordée par ses problèmes psychologiques, familiaux et sociaux, et incapable d'exercer actuellement une activité lucrative. Le pronostic était très réservé. Il existait sans doute encore d'autres options thérapeutiques (augmenter la posologie de la duloxétine, potentialiser l'antidépresseur avec un autre agent

pharmacologique), mais il était peut probable que ces traitements pharmacologiques puissent améliorer significativement son état clinique à court ou moyen terme.

L'état dépressif s'était détérioré au fil des années et il avait été présent et assez marqué dans le courant de l'année 2007 puis avait vraisemblablement diminué d'intensité par la suite, puis s'était aggravé vers la fin 2010 avec une dépression d'un degré de gravité moyen à sévère. Le traitement médicamenteux suivi par l'assurée était adéquat sans lequel son état serait plus sévèrement altéré. Son état ne s'améliorerait probablement pas à court ou moyen terme.

Il existait une comorbidité psychiatrique, à savoir un état dépressif moyen à sévère. En fait, le trouble de l'humeur était au premier plan du tableau clinique et il avait vraisemblablement précédé l'apparition du syndrome douloureux somatoforme persistant. Il avait valeur de maladie et constituait un trouble autonome.

Il n'y avait ni affection corporelle chronique, ni de processus malade s'étendant sur plusieurs années, ni de perte d'intégration sociale même si l'assurée s'était progressivement repliée sur elle-même. Son état psychique était cristallisé essentiellement du fait de l'importance du sentiment de honte, d'impuissance d'effondrement de l'estime de soi et de la perte totale de confiance en ses capacités. L'intensité de l'état dépressif et les troubles du fonctionnement cognitif privaient l'assurée de sa capacité de travail dans n'importe quelle activité professionnelle. L'état clinique s'était détérioré fin 2010 de sorte qu'en juin 2009, l'état dépressif n'avait pas le même degré de sévérité et n'entraînait pas le même degré d'incapacité de travail. Le diagnostic du SMR de personnalité émotionnellement labile de type borderline était écarté. L'état anxio-dépressif de l'expertisée était pérennisé par les problèmes sociaux et les difficultés familiales. Si ces facteurs adverses se trouvaient résolus ou tout au moins atténués à l'avenir, son état clinique pourrait s'améliorer notablement. Un contrôle de l'évolution était indiqué dans un délai de un à deux ans.

39. Le 26 janvier 2012, la Dresse T_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel le score de Beck figurant dans l'expertise n'était pas probant car il n'avait aucune valeur diagnostic en lui-même et devait être corrélé à la clinique, qu'un traducteur aurait été peut-être nécessaire pour déterminer si le discours mal structuré et confus de l'assurée était lié à une mauvaise maîtrise du français ou à l'état psychique, que le Dr D_____ indiquait que l'état dépressif avait précédé le syndrome douloureux ce qui lui permettait de contourner la jurisprudence, que l'assurée se plaignait en réalité d'abord de douleurs, que les troubles cognitifs n'avaient pas été explorés dans la langue de l'assurée, que l'expert n'avait pas spécifié la capacité de travail existant en 2009, qu'il aurait pu préciser les dates d'aggravation de l'état de santé avec l'aide d'un traducteur, qu'il paraissait vraisemblable que les problèmes sociaux et familiaux de l'assurée étaient prépondérants à son trouble dépressif, que finalement l'expert ne contestait pas les

conclusions du SMR du 31 juillet 2008 et qu'une aggravation de l'état de santé s'était produite entre 2010 et 2011, en particulier depuis décembre 2010.

40. Le 30 janvier 2012, la recourante a conclu à la valeur probante de l'expertise du Dr D_____ et considéré qu'en juin 2009 le degré d'incapacité de travail, non qualifié par l'expert, était d'au moins 50 % en référence à l'avis de sa psychiatre-traitante. Au surplus, elle a estimé qu'elle présentait une perte d'intégration sociale évidente, étant sans ressources, ni envie d'entretenir de quelconques relations sociales. Elle a requis l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 % depuis le 1^{er} février 2009 et de 100 % dès le 1^{er} décembre 2010.
41. Le 30 janvier 2012, l'intimé a relevé que les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissaient au premier plan et que l'expert n'avait pas précisé s'il y avait atteinte à la santé psychique équivalant à une maladie psychique, qu'il n'était pas suffisant de diagnostiquer un état dépressif de gravité moyen à sévère pour pouvoir retenir une comorbidité importante au syndrome douloureux somatoforme persistant, que le diagnostic devait être plus précis, que l'expertise du Dr D_____ n'était ainsi pas probante et que celui-ci devait la préciser dans le sens requis par le SMR.
42. A la demande de la Cour de céans, le Dr D_____ a rendu le 22 mai 2012 un complément d'expertise.

Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) correspondant au tableau clinique constaté aussi bien en décembre 2010 qu'en décembre 2011. Les critères exigés par la CIM-10 étaient présents à ces deux dates. L'état dépressif était sévère en raison du nombre de symptômes et de la gravité de la plupart d'entre eux, et du fait des conséquences du trouble. L'expertisée s'était en effet repliée sur elle-même et isolée socialement, et elle ne parvenait pas à accomplir ses tâches ménagères (ni bien évidemment son activité professionnelle). Il était vrai qu'en plusieurs endroits de son rapport il mentionnait "un état dépressif d'un degré de gravité moyen à sévère". Cette appréciation voulait indiquer que le degré de gravité avait pu fluctuer entre ces dates, mais aux périodes mentionnées (novembre-décembre 2010 et décembre 2011), il était sévère.

L'incapacité de travail était totale depuis novembre 2010. Entre juin 2009 et novembre 2010 une réduction de la capacité de travail d'environ 50 % était vraisemblable, même si en réalité l'assurée avait alterné des périodes d'arrêt complet avec des périodes d'activité à mi-temps.

L'état dépressif de l'expertisée était fonction de plusieurs facteurs, parmi lesquels les problèmes sociaux et familiaux avaient sans doute joué un rôle important (émigration liée à la guerre de Bosnie, maltraitance de la part du mari, nécessité d'élever seule ses enfants dans un pays étranger, etc.). Ces événements de vie difficiles avaient largement contribué à l'apparition, il y avait déjà plusieurs années,

d'un état d'anxiété et d'épuisement, qui s'était transformé en un état dépressif chronique et sévère. Des facteurs de vulnérabilité personnelle, que l'anamnèse suggérait (tentative de suicide dans son jeune âge, importance des sentiments de dévalorisation et de culpabilité), avaient également favorisé la survenue de l'atteinte à la santé psychique.

Les facteurs proprement culturels ne paraissaient pas jouer un rôle. Le diagnostic principal retenu était celui d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et non pas de syndrome douloureux somatoforme persistant. D'ailleurs, la clinique genevoise de Montana avait posé en 2007 le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation et non pas celui de syndrome douloureux somatoforme persistant. Les plaintes douloureuses n'étaient pas les plaintes essentielles. L'assurée s'exprimait dans un français imparfait mais comprenait les questions et répondait de manière satisfaisante. Les difficultés cognitives étaient dues à l'état dépressif et à une forte anxiété. L'échelle de Beck était un indice et c'était l'appréciation clinique qui l'avait conduit à diagnostiquer un état dépressif sévère.

Enfin, il s'insurgeait contre la remarque du SMR selon laquelle "une nouvelle fois le Dr D_____ pense que l'état dépressif a précédé le syndrome douloureux ce qui, pour lui, lui permet de contourner la jurisprudence".

43. Le 18 juin 2012, l'assurée a observé que selon l'expert D_____, l'état dépressif était demeuré sévère, que sa capacité de travail était nulle dès fin 2010 et que les facteurs culturels n'avaient pas joué de rôle dans la survenance de l'intensité de l'état dépressif.
44. Le 21 juin 2012, la Dresse T_____ a rendu un avis selon lequel l'expert D_____ ne motivait pas la diminution de la capacité de travail de 50 % depuis juin 2009 et n'expliquait pas la différence entre les problèmes culturels et les problèmes sociaux familiaux; l'anamnèse ne pouvait être précise et détaillée si le français de l'assurée était imparfait; les réponses du Dr D_____ n'étaient pas vraiment précises et il y avait une aggravation de l'état de santé entre courant 2010 et juin 2011 entraînant une incapacité de travail liée à une comorbidité psychiatrique.
45. Le 6 juillet 2012, l'OAI a observé que l'incapacité de travail totale de la recourante était postérieure à la décision litigieuse du 30 juin 2009, de sorte que le recours devait être rejeté.
46. Le 31 juillet 2012, la Cour de céans a fixé à l'intimé un délai pour se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité de la recourante selon les conclusions de l'expert, dans le cadre d'une éventuelle extension de l'objet du litige.

47. Le 21 août 2012, la Dresse T_____ a rendu un avis selon lequel elle ne pouvait déterminer les dates de début et fin des incapacités de travail de la recourante; il fallait voir avec l'expert qui avait examiné l'assurée et qui était mandaté pour répondre à cette question; elle n'était pas devin et ne pouvait donner une réponse arbitraire; il appartenait à l'expert judiciaire d'y répondre.
48. Le 22 août 2012, l'OAI a contesté une extension de l'objet du litige au motif que les rapports du Dr D_____ n'étaient pas probants.
49. Le 8 octobre 2012, la recourante a observé que l'expertise judiciaire avait valeur probante, que l'incapacité de travail avait débuté dès juin 2009 et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % au moins dès le 1^{er} février 2009 et de 100 % dès le 1^{er} février 2010.
50. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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 est revenue 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.

2. a) Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
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, la demande de prestations a été déposée le 12 février 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 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). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne seront prises en considération dans le présent litige que pour les faits postérieurs au 1^{er} janvier 2008 et les modifications de la LAI du 18 mars 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (6^{ème} révision), ne sont pas applicables au cas d'espèce.

3. a) L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue 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; ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrecht, 2e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel; ATF 130 V 138 consid. 2.1 p. 140).

4. 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) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. 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.».

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, 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.

d) Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son

invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

5. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui

permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

6. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

7. Selon la jurisprudence, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299; ATF du 10 décembre 2010 9C 144/2010).

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 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) 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) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) 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).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

9. a) En l'espèce, le Tribunal cantonal des assurances sociales a estimé qu'une expertise psychiatrique judiciaire était nécessaire en considérant que les avis de la Dresse N_____, psychiatre traitante de la recourante de juin 1999 à août 2001 puis dès le 20 avril 2007 - soit depuis une longue période - étaient en contradiction avec l'avis du SMR du 7 août 2008. Celui-ci avait posé comme diagnostic une personnalité émotionnellement labile de type borderline, actuellement non décompensée F60.31, sans répercussion sur la capacité de travail et avait indiqué que ce trouble s'était décompensé uniquement entre avril et le 2 juillet 2007 et qu'il n'y avait pas de signe d'anxiété ni de dépression. Or, la Dresse N_____ avait mentionné le 20 avril 2007 une décompensation dépressive dans une situation de stress prolongé, le 8 octobre 2007 un état dépressif encore présent, le 4 avril 2008 un trouble dépressivo-anxieux avec des douleurs somatiques, le 20 juillet 2009 un état de santé stationnaire, le 22 juillet 2009 un état d'épuisement moral et physique

ayant nécessité une hospitalisation à la clinique genevoise de Montana depuis le 20 juillet 2009 et le 5 janvier 2010 une résurgence d'envies suicidaires, des douleurs somatiques, angoisses, nausées, vertiges, de la fatigue et un sommeil perturbé entraînant une incapacité de travail de 50 %. Par ailleurs, la clinique genevoise de Montana avait posé comme diagnostic les 31 mai 2007 et 9 septembre 2009 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations.

b) L'expertise judiciaire psychiatrique du 27 décembre 2011 et son complément du 22 mai 2012 concluent à une incapacité de travail de la recourante de 50 % de juin 2009 à octobre 2010 et totale depuis novembre 2010 en raison de l'intensité d'un état dépressif majeur d'évolution chronique, retenu comme fluctuant de moyen à sévère (rapport d'expertise p. 12 et 14) et attestée comme sévère en novembre-décembre 2010 et décembre 2011 (complément d'expertise p. 1-2 et 4)) et de troubles du fonctionnement cognitif depuis décembre 2010 (rapport d'expertise p. 14 et 17). Le rapport d'expertise établit une anamnèse personnelle, fonctionnelle et professionnelle complète et détaillée, basée notamment sur quatre entretiens avec la recourante ayant eu lieu entre novembre 2010 et décembre 2011. Il reprend de façon complète le suivi médical de la recourante auprès des médecins-traitants et des médecins experts intervenus précédemment. Les plaintes de l'assurée sont relatées en détail l'expert ayant précisé qu'un traducteur n'était pas nécessaire pour mener l'expertise et les diagnostics sont clairs, soit un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert ayant expliqué pour quel motif ce diagnostic n'était pas certain (la recourante présentait en effet des polyarthralgies sans étiologie somatique bien définie mais elle n'était en partie pas obnubilée par ses douleurs ni focalisée sur elles et celles-ci ne constituaient pas le principal facteur d'incapacité de travail ni l'essentiel des plaintes; les douleurs étaient plutôt tributaires de l'état dépressif - rapport d'expertise p. 16 et 17 et complément d'expertise p. 4). En outre, l'expert a relevé que le diagnostic n'était pas fondé que sur l'échelle de Beck mais essentiellement sur l'appréciation clinique (complément d'expertise p. 5).

Par ailleurs, l'assurée était à bout de ressources et l'état dépressif avait persisté nonobstant le traitement pharmacologique et avait d'importantes répercussions sur le fonctionnement cognitif de l'assurée. L'intensité de l'état dépressif et les troubles du fonctionnement cognitif privaient l'assurée de sa capacité de travail. Si l'expert, dans ses réponses aux questions a d'abord relevé qu'en décembre 2010 et 2011 la dépression était d'un degré moyen à sévère, et qu'en juin 2009 l'état dépressif n'avait pas le même degré de sévérité et n'entraînait pas le même degré d'incapacité de travail, il a précisé ses réponses dans son complément d'expertise, en mentionnant que l'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} novembre 2010 en raison d'un état dépressif sévère et que, vraisemblablement, elle était de 50 % en moyenne entre juin 2009 et novembre 2010.

S'agissant des facteurs psychosociaux et socioculturels, l'expert a précisé que les facteurs actuels ne lui semblaient pas jouer de rôle et expliqué la présence d'une maladie psychique, soit un état dépressif et anxieux et un trouble de l'humeur; en particulier, l'aggravation de l'état de santé en novembre 2010 n'a pas été mise en rapport avec des éléments trouvant leur source dans le champs socioculturel ou psychosocial même si l'expert reconnaît que les problèmes sociaux et les difficultés familiales pérennisent l'état anxio-dépressif et il n'apparaît pas que ces problèmes soient prépondérants au trouble dépressif; l'expert précise d'ailleurs dans son complément d'expertise que les événements de vie difficiles ont contribué à l'apparition d'un état d'anxiété et d'épuisement lequel s'est ensuite transformé en un état dépressif chronique et sévère et que d'autres facteurs de vulnérabilité personnelle ont favorisé la survenue de l'atteinte à la santé psychique. A cet égard, le Tribunal fédéral a jugé que le fait qu'une atteinte psychique s'inscrive dans un contexte de troubles relationnels et familiaux ou de difficultés professionnelles ne permet pas encore d'assimiler un trouble dépressif majeur diagnostiqué à des facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF du 5 mai 2009 9C 907/2008). En l'occurrence, on ne saurait dans ces conditions conclure, comme le fait la Dresse T_____ dans son avis du 26 janvier 2012, à la prépondérance de problèmes sociaux et familiaux.

Ainsi, il apparaît que la recourante a présenté à tout le moins depuis 2007 un état dépressif fluctuant entre moyen à sévère, puis de degré jugé sévère par l'expert incapacitant à 50 % depuis le 1^{er} juin 2009 et à 100 % depuis novembre 2010 (rapport d'expertise p. 17).

c) Au vu de ce qui précède, l'expertise judiciaire et son complément doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante. A cet égard, la Dresse T_____, dans son avis du 21 juin 2012, reconnaît également une aggravation de l'état de santé de la recourante dans le courant de l'année 2010 entraînant une incapacité de travail et dans son dernier avis du 21 août 2012 s'en remet aux constatations de l'expert judiciaire quant à l'estimation de l'incapacité de travail au motif que seul l'expert judiciaire a examiné la recourante.

Il convient ainsi de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} juin 2009 jusqu'au 31 octobre 2010 et de 100 % dès le 1^{er} novembre 2010 en raison d'un état dépressif d'un degré de gravité d'abord fluctuant entre moyen à sévère puis sévère. En outre, même si le diagnostic évoqué par l'expert de syndrome douloureux somatoforme persistant devait être admis, force est de constater que l'état dépressif, de part sa durée, son intensité et les limitations fonctionnelles qu'il comprend, est une comorbidité psychiatrique autonome importante qui entraînerait la reconnaissance du caractère invalidant du syndrome précité.

En conséquence, à la date de la décision litigieuse, le 30 juin 2009, la recourante ne présentait qu'un mois d'incapacité de travail à 50 %, soit du 1^{er} au 30 juin 2009, de sorte qu'en application de l'art. 28 al. 1 let b. LAI elle n'a droit à aucune prestation et que la décision de refus ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté.

Cependant, contrairement à l'avis de l'intimé, les conditions pour étendre l'objet du litige sont en l'espèce remplies. En effet, le rapport d'expertise judiciaire ayant été considéré comme probant, la question du droit à une rente d'invalidité de la recourante, postérieurement à la décision du 30 juin 2009 est en l'état d'être jugée et est étroitement liée à l'objet initial du litige. Enfin, l'intimé, dûment invité par la juridiction de céans à se prononcer sur un droit de la recourante à des prestations d'invalidité découlant des conclusions de l'expertise judiciaire, s'est prononcé dans son avis du 22 août 2012 lequel fait suite à ceux de la Dresse T_____ des 21 juin et 21 août 2012 admettant une aggravation de l'état de santé de la recourante courant 2010. L'intimé n'explique d'ailleurs pas pour quel motif il s'écarte de l'avis de son propre médecin, reconnaissant dès 2010 une aggravation de l'état de santé de la recourante sur la base de l'expertise judiciaire.

Ainsi, au 31 mai 2010, la recourante a-t-elle présenté une incapacité de travail de 50 % dans toute activité durant une année, de sorte que dès le 1^{er} juin 2010 elle a droit à une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50 % (lequel se confond avec le degré d'incapacité de travail) et dès le 1^{er} février 2011 vu l'incapacité de travail totale survenue dès le 1^{er} novembre 2010 (art. 88a RAI) à une rente d'invalidité entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. Enfin, la demande de prestations ayant été déposée le 12 février 2008, les prestations peuvent être versées à la recourante dès le 1^{er} juin 2010 (art. 29 LAI).

10. En conséquence, le recours sera rejeté, la décision litigieuse étant conforme au droit et il sera dit, par extension du litige, que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin 2010 au 31 janvier 2011 et à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2011.
11. Enfin, les frais de procédure ne sauraient être mis à la charge de l'Office AI en cas d'extension de la procédure administrative juridictionnelle dès lors que l'assurée succombe sur l'objet de la contestation (ATF du 2 juin 2010 9C 967/2009).

En conséquence, aucun émolument ne sera perçu ni aucune indemnité allouée.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que Mme M_____ a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin 2010 au 31 janvier 2011 et à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2011.
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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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