

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/899/2010

ATAS/1380/2012

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 novembre 2012

8^{ème} Chambre

En la cause

Madame S_____, domiciliée en Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître LELLOUCH Michel

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Violaine LANDRY-ORSAT et
Norbert HECK, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après la recourante ou l'assurée), née en 1961, est d'origine turque et n'ayant jamais été scolarisée, elle ne sait ni lire ni écrire. Elle est analphabète aussi bien en turc qu'en français. Mariés, les époux S_____ n'ont pas eu d'enfant.
2. Pour des raisons politiques, Monsieur S_____ a émigré en Suisse en 1989. Un an après, la recourante est venue le rejoindre en Suisse. Par la suite, les époux S_____ ont divorcé.
3. A son arrivée en Suisse, la recourante a dû, pour la première fois, travailler.
4. Après trois mois de travail et en raison d'une épilepsie, Monsieur S_____ a été contraint d'interrompre toute activité professionnelle. Il n'a pas eu droit à une rente de l'assurance-invalidité.
5. Entre 1991 et 1997, la recourante a travaillé en tant que femme de chambre à mi-temps.
6. Depuis 1991 environ, la recourante souffre de fortes douleurs abdominales. Entre 1996 et 1998, la recourante connaît plusieurs incapacités de travail. Du 20 octobre 1997 au 16 décembre 1998, elle est en arrêt de travail complet en raison d'une symptomatologie douloureuse multifocale chronique.
7. Le 13 novembre 1998, Madame S_____ a présenté une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI)
8. Le 31 décembre 1998, l'employeur de la recourante a résilié son contrat de travail en raison d'une restructuration au sein du personnel.
9. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a ordonné une expertise multidisciplinaire et a mandaté, à cet effet, le Centre d'observation médical de l'assurance invalidité (ci-après le COMAI).
10. Le rapport d'expertise du 29 juin 2001 du COMAI fait notamment mention d'un rapport médical du 29 mars 2000, dans lequel le Dr A_____, rhumatologue FMH, relève « l'examen médical de Mme S_____ met en évidence tous les points pour une fibromyalgie avec en plus une sacro-iliaque gauche très douloureuse. »
11. En outre, dans son rapport d'expertise du 29 juin 2001, le COMAI retient les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail de syndrome somatoforme douloureux persistant sous formes de douleurs diffuses (appareil locomoteur et abdomen) et personnalité histrionique. Le COMAI relève de plus

« Ainsi, notre appréciation globale, selon le modèle biopsychosocial, conclut à une capacité de travail de 50% dans le cadre de la profession habituelle de femme de chambre. En tenant compte du vécu douloureux chronique, nous estimons que toute activité lourde ou impliquant le soulèvement de charges lourdes doit être évitée. Un éventuel reclassement professionnel n'est pas judicieux à notre avis dans ce contexte de trouble somatoforme douloureux associé à un trouble de la personnalité chez une patiente analphabète, sans aucune scolarité. »

12. Par décision du 3 juin 2002, l'OAI octroie à la recourante un droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 50%, à partir du 1^{er} octobre 1998.
13. Arguant d'une dégradation de son état de santé depuis l'expertise, la recourante a sollicité la révision du degré de sa rente d'invalidité à l'OAI.
14. Par décision du 4 août 2004, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de la recourante.
15. Considérant les différents diagnostics et constatations du médecin traitant qui estime que la recourante est atteinte d'une invalidité durable d'au moins 70%, cette dernière s'oppose à la décision du 4 août 2004.
16. Par décision sur opposition du 19 octobre 2004, l'OAI admet l'opposition interjeté le 15 septembre 2004, annule la décision du 4 août 2004 et renvoie la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
17. Dans un certificat médical du 21 septembre 2004, le Dr B_____, médecine interne FMH et médecin traitant de la recourante, avait conclu que le taux d'incapacité, résultant notamment de douleurs abdominales non spécifiques depuis 1992, aggravées depuis 1998, de fibromyalgies depuis 2000 et de troubles de l'adaptation, était d'au moins 70%.
18. Dans le cadre de cette instruction complémentaire, l'OAI a mandaté, le 2 décembre 2004, le Centre d'expertises médicales pour une nouvelle expertise.
19. Dans leur rapport du 8 novembre 2005, les experts retiennent comme diagnostics :
 - Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail :
 - Syndrome douloureux somatoforme persistant s'exprimant sous la forme de douleurs diffuses F 45.4.
 - Trouble de la personnalité avec traits histrioniques et traits immatures F 61.0
 - Diagnostics sans influence essentielle sa capacité de travail :

- Stérilité primaire sur obstruction tubaire bilatérale post-tuberculose pelvienne diagnostiquée en 1992 A18.1
 - Status post multiples explorations au niveau intestinal et gynécologique depuis 1991 Q43.8X-003
 - Dolichocôlon Q43.8X-003
 - Hypercholestérolémie E78.5
 - Obésité E66
 - Hypoacousie de perception à prédominance droite
20. Les experts relèvent, dans leur rapport, une fatigue importante, durant toute la journée, associée à un manque d'endurance et d'énergie, des troubles de sommeil, une humeur triste, des troubles de la concentration et de la mémoire. Pas de notion des idées suicidaires. Dans le cadre de cette expertise et plus précisément la consultation de psychiatrie, le Dr C _____, psychiatre FMH, observe « Le status psychiatrique est tout à fait superposable à celui de 2001, à savoir une absence de signes de la lignée psychotique ou dépressive. Par contre, persistent le contact par moment trop proche ou familier, un discours prolix et par moment logorrhéique, une tendance aux digressions et à des difficultés de synthèse ainsi qu'une certaine immaturité dans les expressions de l'affect. » Les experts concluent leur rapport à une capacité résiduelle stable de 50%, en relevant « Globalement, en tenant compte des aspects rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques discutés plus haut, nous n'avons pas d'argument objectif parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis juin 2001. Nous n'avons pas d'élément évoquant une exagération consciente de ses symptômes ou une quelconque simulation et une capacité de travail diminuée de l'ordre de 50% dans une activité adaptée nous paraît toujours une estimation adéquate de sa situation. Cette appréciation est concordante avec celle de l'expertise multidisciplinaire du COMAI de juin 2001. »
21. En date du 9 octobre 2006, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente de la recourante, tout en maintenant son droit à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, au motif qu'à l'issue de l'instruction complémentaire, aucun élément nouveau ne permettait de constater une quelconque aggravation ayant des répercussions sur la capacité de travail résiduelle de 50%.
22. A l'occasion d'un rapport médical intermédiaire, du 17 décembre 2009, adressé à l'OAI, le Dr B _____ relève notamment que « L'évolution de Madame S _____ tend vers la chronicité de ses problèmes, elle continue d'avoir des douleurs comme elle les a décrites depuis longtemps et il n'y a jamais eu un moment d'accalmie durable. »

23. Répondant à une demande du 14 octobre 2009 et suite à un examen du degré d'invalidité de la recourante, l'OAI a notifié, le 6 janvier 2010, un projet de décision constatant que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'elle continuait de bénéficier de la même rente sur un taux d'invalidité de 50%.
24. Le 3 février 2010, la recourante a fait opposition au projet de décision de l'OAI en invoquant le fait que « le rapport médical du Dr D_____ du 17 décembre 2009 estime que Mme S_____ n'a aucune capacité de travail en qualité de nettoyeuse et que sa capacité de travail en qualité d'aide cuisinière n'est que de 30%. Dès lors, il confirme le degré d'invalidité de 70% qu'il avait émis par son rapport de 2004. En outre, son rapport indique qu'il y a eu des changements dans les diagnostics. De plus, il ressort du rapport médical du Dr E_____ du 23 décembre 2009 que Mme S_____ n'a aucune capacité de travail, en précisant que la symptomatologie douloureuse chronique associée aux troubles dépressifs récurrents rend le pronostic mauvais en ce qui concerne une reprise de travail. »
25. Par décision du 8 février 2010, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision dans le sens du maintien d'une demi-rente sur la base d'un taux d'invalidité de 50%.
26. En date du 15 mars 2010, Madame S_____ a recouru contre la décision du 8 février 2010 en concluant à la recevabilité du recours, préalablement à l'ordonnance d'une expertise médicale complémentaire afin d'évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé de la recourante sur sa capacité de travail. La recourante concluait en outre à l'annulation de la décision de l'OAI, au constat qu'elle avait un taux d'invalidité d'au moins 70% et qu'elle avait droit à une rente totale d'assurance-invalidité.
27. A l'occasion d'autres rapports médicaux, le Dr B_____ relève que l'état de santé de la recourante est resté stationnaire depuis 2004 et que le taux d'incapacité d'au moins 70% est resté inchangé. Dans son rapport du 17 décembre 2009, le Dr B_____ souligne que « l'évolution de Mme S_____ tend vers la chronicité de ses problèmes, elle continue d'avoir des douleurs comme elle les a décrites depuis longtemps et il n'y a jamais eu un moment d'accalmie durable. »
28. A l'occasion d'un rapport du 23 décembre 2009, la Dresse E_____, médecin, cheffe de clinique au service de psychiatrie adulte, relève que la recourante souffre de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel de degré moyen, avec symptômes somatiques F33.11. » Ce même médecin relève « En 2006, la patiente fait un tentamen médicamenteux, suite auquel une prise en soins aux HUG est organisée au Centre de Thérapie Brève. (...) La symptomatologie anxiodépressive est fluctuante, marquée principalement par des épisodes d'humeur dépressive,

anhédonie, apathie, douleurs somatiques intenses et handicapantes, celles-ci étant souvent au premier plan, malgré la prise régulière de son traitement. » La Dresse E_____ décrit en outre l'état de la recourante en ces termes « La patiente est fatiguée, triste, découragée, avec le sentiment d'être rejetée par sa famille depuis son divorce. Elle a des angoisses, des troubles du sommeil. Ses symptômes douloureux s'accroissent en fonction de facteurs de stress. A noter que les épisodes dépressifs durent plusieurs mois, malgré la prise régulière du traitement antidépresseur, et entre ces épisodes, ce sont toujours les douleurs qui l'handicapent. » La Dresse E_____ souligne encore le fait que « Malgré l'importance du trouble dépressif récurrent, cette patiente se rappelle avec plaisir la période où elle travaillait, car elle avait une identité. Malheureusement, la symptomatologie douloureuse chronique associée au trouble dépressif rend le pronostic mauvais en ce qui concerne une reprise de travail. »

29. Répondant au recours, par courrier du 12 avril 2010, l'OAI a soumis le dossier de la recourante au SMR qui a apprécié les conclusions médicales et qui a indiqué qu'il n'existe aucune aggravation durable de son état de santé, et précise notamment que les éléments apportés ne permettent pas de faire une appréciation différente du cas et conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.
30. La recourante a séjourné à la clinique genevoise de Montana du 13 janvier au 26 janvier 2011. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec somatisations (F33.3).
31. Entendu en audience d'enquêtes, le 2 septembre 2010, la Dresse E_____ qui suit la recourante depuis le mois d'octobre 2008 et effectue des séances de psychothérapie à raison d'une fois par mois, indique « Au niveau des diagnostics, je relève que l'état de santé de Mme S_____ s'est aggravé puisque le trouble dépressif récurrent est actuellement de degré moyen à sévère depuis le décès de son fiancé en juin 2010. On me soumet (...) l'avis médical du SMR du 7 avril 2010, mais je précise que je ne retiens pas le trouble de la personnalité. Ce n'est pas suffisamment marqué pour être considéré comme un trouble de la personnalité ; je considère qu'il s'agit de traits de personnalité. (...) Je confirme qu'à mon sens l'incapacité de travail de Mme S_____ s'élève à 100% conformément à la mention formulée dans le rapport du 23 décembre 2009. Cette appréciation tient également compte des douleurs physiques subies par Mme S_____. (...) Je confirme également que, à mon sens, l'incapacité de travail de Mme S_____ a toujours été à 100%. »
32. Entendu lors de cette même audience, la recourante maintient la demande d'une expertise médicale que l'OAI estime, pour sa part, inopportune en contestant le fait qu'il y ait eu aggravation de l'état de santé de la recourante.

33. Ordonnant une expertise médicale, la Cour de céans a soumis aux parties la désignation des experts et la mission d'expertise, avec un délai de 10 jours pour se déterminer.
34. L'OAI a informé la Chambre des assurances sociales, par courrier du 31 janvier 2011, qu'il n'avait aucun motif de récusation contre les deux experts et n'avait aucune question complémentaire à ajouter si ce n'est que les experts devront se prononcer sur l'évolution objective de l'état de santé de l'expertise COMAI de PMU Lausanne de juin 2005 et sur le fait qu'en cas de trouble somatoforme douloureux ou trouble apparenté, les experts devront se prononcer en tenant compte des critères de la jurisprudence.
35. Pour sa part, la recourante indique qu'elle n'a pas d'observation à faire sur le nom des experts désignés dans le projet de mission d'expertise, ni sur les questions à leur poser.
36. A cet effet, la Cour de céans a confié le mandat d'expertise pluridisciplinaire à la Dresse F _____, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie, et à la Dresse G _____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie.
37. Les experts ont rendu leur rapport respectivement le 14 juin 2011 et le 17 juin 2011.
38. La Dresse G _____ qui a établi un résumé des pièces médicales à disposition en rajoutant, le cas échéant, des commentaires, a effectué une appréciation clinique en prenant notamment en compte l'anamnèse, les plaintes et les données subjectives et le status clinique. Ce médecin a posé les diagnostics psychiatriques (selon ICD-10) suivants :
- Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail
 - Actuellement nihil
 - Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
 - F33.4 Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission.
 - F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant.
 - F66.0 Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.
 - Z63.0 Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (entre 1996 et 2006 environ)
39. Dans son appréciation du cas et pronostic, la Dresse G _____ relève, en particulier, au sujet du syndrome douloureux somatoforme persistant, que selon la jurisprudence un tel trouble n'est pas incapacitant per se et analyse les critères :

« 1/ Présence d'un trouble psychique d'une intensité et d'une durée significative (un trouble dépressif moyen découlant du trouble douloureux n'étant pas suffisant) : ici, l'on verra par la suite qu'un trouble de l'adaptation, puis un trouble dépressif récurrent, peuvent être identifiés. L'intensité du trouble de l'humeur a varié dans le temps, pour être nettement plus marquée en 2006-2007, puis de nouveau en 2010. Ce critère est donc partiellement rempli.

2/ Présence d'une affection somatique chronique : des douleurs chroniques sont en effet présentes, certaines pouvant être mises en relation, mais partiellement seulement, avec des troubles physiques, principalement dégénératifs sur le plan lombaire. Ce critère est donc partiellement rempli.

3/ Perte d'intégration sociale dans tous les sens du terme : ici, l'on doit tout d'abord évoquer que ce n'est pas le processus d'insertion en Suisse qui est examiné, car ce dernier est relativement déficitaire. Il existe par exemple une difficulté d'acquisition du et d'expression en français, mais qui apparaît en lien avec le faible niveau d'acquisition de base (intéressée non scolarisée et illettrée en turc et en français). Mais malgré ses difficultés, l'explorée a pu nouer une nouvelle relation sentimentale en 2006, durable, elle reste en lien avec sa famille, et se rend maintenant régulièrement en vacances dans son pays d'origine. On ne peut donc retenir ici de perte d'intégration sociale en lien avec le processus douloureux.

4/ Un état psychique cristallisé : cet aspect est difficile à évaluer étant donné qu'il fait référence à une notion psychanalytique. Toutefois, on peut admettre ici que des évolutions favorables ont été obtenues, après le divorce et suite à la rencontre d'un nouveau partenaire de vie, même si ces évolutions favorables ne sont guère mentionnées par l'examinée elle-même.

5/ Des échecs de traitements menés dans les règles de l'art et en dépit des efforts de l'intéressé pour adhérer aux dits traitements : il a été démontré dans cette situation, d'une part que l'on peut retrouver un certain manque de réactivité sur le plan de l'adaptation du traitement antidépresseur par les médecins psychiatres traitants, et d'autre part, une compliance seulement partielle au traitement antidépresseur (monitorings thérapeutiques du 12 décembre 2008 et du 12 avril 2011), alors que la compliance au traitement antalgique de Tramadol est confirmée par le monitoring thérapeutique du 16 mai 2011, ainsi que par le contrôle de l'historique des traitements médicamenteux obtenus auprès de la pharmacie de l'expertisée.

Les critères passés en revue ne permettent donc pas de retenir le trouble douloureux somatoforme persistant comme étant à l'origine d'une incapacité de travail. »

Le Dresse G_____ poursuit son appréciation du cas en ces termes « Après examen attentif du dossier, du déroulement des faits et de l'anamnèse recueillie auprès de l'intéressée, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive F43.22 a été présent à plusieurs reprises, d'intensité insuffisante pour

retenir un trouble de l'humeur dépressif majeur. Le fait que des épisodes de dépression majeure d'intensité moyenne soient retenus dès 1994, et également présents à plusieurs reprises, notamment en 2007 et 2010, implique de retenir également le diagnostic de trouble récurrent F33. En effet, lors de deux périodes au moins, en 2005-2007 et en 2010, tous les critères permettant de retenir des épisodes dépressifs majeurs sont présents : thymie triste plus de 15 jours, perte de plaisir durable, perte d'énergie, idéations suicidaires et passage à l'acte en janvier 2007, bradypsychie, troubles du sommeil, perte de l'appétit, troubles de la concentration. Trois critères majeurs (tristesse, perte de plaisir, aboulie) sont présents, ainsi que 5 critères mineurs (trouble du sommeil, de l'appétit, de la concentration, idées suicidaires, ralentissement psychomoteur), ce qui signe des épisodes dépressifs d'intensité moyenne. En l'état actuel toutefois, on ne retrouve qu'un critère majeur, la tristesse occasionnelle, et un critère mineur, le trouble du sommeil occasionnel, ce qui ne permet plus de retenir la présence d'un état dépressif. Le trouble dépressif récurrent est donc actuellement en rémission F33.4. Ce trouble implique une fragilité psychique de l'expertisée devant certaines difficultés de vie, et pourrait être à l'origine d'incapacités de travail plus ou moins durables. »

40. De son côté, la Dresse F_____ pose les diagnostics rhumatologiques suivants :

- Avec répercussion sur la capacité de travail :
 - Troubles dégénératifs du rachis lombaire, canal lombaire à la limite de l'étroitesse sur le plan théorique, mesurant 9 mm dans le sens antéro-postérieur, au niveau L3-L4 et rétréci par une protusion discale circonférentielle au même niveau
- Sans répercussion sur la capacité de travail :
 - Discopathies L2-L3 et L3-L4, sous la forme de protusions circonférentielles, diminuant de manière modérée les trous de conjugaison aux mêmes niveaux, sans contact et compression radiculaires.
 - Status post tuberculose génitale, diagnostiquée en 1992, ayant engendré une stérilité primaire tubaire
 - Douleurs abdominales diffuses dans le contexte mégadolicho colon, une constipation connue de longue date (1998) ; diverticulose colique (CT 2010).
 - Lombo-cruralgie et lombo-sciatalgie S1 gauches anamnestiques
 - Status après opération d'une hernie inguinale gauche en 1995.
 - Sensations vertigineuses d'origine indéterminée.
 - Fibromyalgie 2000, syndrome somatoforme douloureux persistant 2001.

- Hypo-acousie de perception à prédominance droite
- Cervicalgies anamnestiques.
- Gonarthrose bilatérale débutante.

Dans la discussion du cas, la Dresse F_____ qui commente les diverses phases médicales suivies par la recourante, relève, en particulier, « Il faut souligner que l'examen physique est vierge, il n'existe même pas, actuellement, de contractures diffuses liées soit à une fibromyalgie soit à un trouble somatoforme, comme on s'attendrait à en trouver, au moins quelques-unes. Pourtant, c'est sur cet argument douloureux physique que Mme S_____ se base pour demander une rente à 100%. Je trouve au contraire que son état physique s'est amélioré depuis 2005 : meilleure mobilisation, pas de contractures, pas de limitation de la mobilité de l'épaule gauche. Le fait que, d'après Madame S_____, et son médecin traitant et le médecin de la clinique de Montana lors de son séjour récent, aient voulu la sevrer de son tramadol, montre qu'ils ont considéré la douleur physique comme diminuée ou ne nécessitant pas ce traitement antalgique assez lourd ; ceci d'autant plus qu'il génère beaucoup d'effets secondaires cf « plaintes actuelles ». Je n'ai pas d'autre élément objectif clinique pour situer l'amélioration physique. Il est raisonnable de la situer en janvier 2011. (...) On peut retenir que l'incapacité de travail a probablement été totale, transitoirement, pour la période de fin décembre 2008 à l'automne 2009 dans le contexte d'une algoneurodystrophie de la cheville gauche (ce qui semble, tout de même un peu long, comme évolution). La présence d'un rétrécissement du canal lombaire est seul à retenir, comme facteur limitant la capacité de travail, pour les tâches lourdes, comprenant des ports de charge au-delà de 8 kilos, des mouvements de flexion-extension du rachis de manière répétitive, de maintien de position en porte-à-faux du rachis. L'activité de femme de chambre, ou de nettoyage de bureau est possible à 70% ; une activité d'aide-cuisinière ne comprenant pas des activités de longe est possible également à 70%. Toute autre activité plus légère est possible à 100%. Le pronostic est favorable. Il est difficile de dire, depuis quand Madame va mieux puisqu'après 2005, il n'existe aucun examen physique détaillé permettant une comparaison. »

Répondant aux questions, la Dresse F_____ précise notamment que l'activité exercée jusqu'ici est exigible à 70%, 6h.30 et répond négativement à une diminution du rendement. Ce médecin relève que l'incapacité de travail de 20% au moins remonte à l'année 1997 et que le degré d'incapacité de travail a diminué. Si des mesures de réadaptation sont théoriquement envisageables, elles ne le sont pas en pratique car la recourante ne parle pas le français alors qu'elle est en Suisse depuis 20 ans et elle n'a pas de diplôme de formation. Enfin, la Dresse F_____ relève encore que l'activité adaptée peut être exercée à 100% sans diminution de rendement.

-
41. Se prononçant sur les rapports d'expertise, par courrier du 16 août 2011, l'OAI relève que « selon le SMR « les conclusions de l'experte psychiatrique actuelle, concernant diagnostics et capacité de travail, s'écartant de l'appréciation en 2001/5, sont en soi bien étayées, mais une amélioration de l'état de santé ne peut être démontrée, par rapport à la situation lors de l'octroi en 2002. » (avis de 26.07.11). Par ailleurs, toujours selon la SMR « les constats actuels des experts ne permettent pas de démontrer une amélioration, mais permettent d'exclure une aggravation durable, par rapport à la situation lors de l'octroi de rente en 2002. » (avis de 05.07.11) Ainsi, sans amélioration ou aggravation durable de l'état de santé, le droit aux prestations de l'AI ne saurait être modifié. En tout état de cause, les expertises susmentionnées retiennent respectivement une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique (qui relève une amélioration de l'état de santé en point 2.6, p. 38) et de 80% dans une activité adaptée sur le plan psychiatrique dès janvier 2011 (aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail n'est retenu, ce qui n'était pas le cas lors des expertises précédentes). Aussi, si la Cour de céans devait se rallier aux conclusions des experts, nous avons procédé à une nouvelle comparaison des revenus (...) aboutissant à un nouveau taux d'invalidité de 22,3%, en se basant sur une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée. Nous concluons donc à ce que soit supprimée la rente de la recourante en application de l'article 88a RAI. »
42. La recourante a soumis les expertises au Dr B_____ qui relève que Madame S_____ a un passé douloureux et médical chargé et qu'il ne voit pas « comment une reprise d'une activité professionnelle peut être réalisée chez cette patiente. » De son côté, la Dresse H_____, médecin interne au Service de psychiatrie adulte, s'étonne de l'appréciation de l'expert psychiatre, la Dresse G_____, quant à une capacité de travail de 100% dès janvier 2011, alors que la patiente a été hospitalisée en janvier 2011 à la clinique de Montana avec un status à l'entrée de symptomatologie dépressive. Par courrier du 20 septembre 2011, la recourante insiste sur l'avis médical de Dr B_____ qui met en évidence certaines inexactitudes des expertises et conclut à l'impossibilité d'une reprise professionnelle. En outre, reprenant les propos de la Dresse H_____, la recourante relève qu'elle était en janvier 2011 dans l'incapacité de travailler puisqu'elle était hospitalisée. Les deux avis médicaux confirmant l'incapacité d'une reprise d'une activité professionnelle, la recourante requiert l'audition de la Dresse F_____ et de la Dresse G_____ et la réalisation d'une contreexpertise. Pour le surplus, la recourante confirme ses conclusions prises dans son écriture de recours.
43. Faisant droit à la requête de la recourante, la Cour a entendu les Dresses G_____ et F_____.
44. Lors de l'audience d'enquêtes du 19 janvier 2012, la Dresse F_____ a indiqué « Je confirme avoir eu plusieurs contacts avec l'experte psychiatrique, tout

en étant consciente du fait qu'il s'agit de deux domaines de la médecine bien différents. J'avais pour ma part un avis bien précis sur les conclusions. Une expertise ayant été faite en 2005, j'avais des points de repère par rapport à la situation de Mme S_____. Je précise que le trouble somatoforme découle du domaine de la psychiatrie, que Mme G_____ a retenu sans limitations fonctionnelles. Je précise que le 25 décembre 2008, Mme S_____ a été victime d'une entorse à la cheville gauche, qui a été suivie d'une algoneurodystrophie, dont le diagnostic n'a pas été étayé par une scintigraphie osseuse. Cette situation peut effectivement engendrer des difficultés à la marche, ainsi que des limitations fonctionnelles. Je relève qu'il y a probablement une amélioration de l'état de santé de Mme S_____ que je déterminerais à fin 2010. Au sujet de l'état de santé de la recourante, je précise qu'il n'y a pas à proprement parler de lombalgies objectivables, mais en revanche il existe une discopathie qui se situe en L2-L3, et en L3-L4 de manière prépondérante, ainsi qu'un canal lombaire à la limite de l'étranglement. Je conclus de ce diagnostic que la recourante a une capacité de travail de 70 % dans l'activité exercée jusqu'ici et de 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire un travail plus léger. Je ne peux en revanche pas me prononcer sur la capacité de travail de la recourante durant le premier semestre de l'année 2010. (...) J'insiste sur le fait que dans l'activité qu'elle exerçait auparavant, la recourante n'est pas en mesure de travailler à 100 %, mais à 70 %, alors que, dans une activité adaptée, elle pourrait travailler à 100 %. »

45. Lors de cette même audience, la Dresse G_____ a expliqué « Au sujet de l'incapacité de travail en 2010, dont il est fait état dans mon rapport, je précise qu'elle était à mon avis de 50 % de décembre 2009 (date du début des problèmes de santé de son compagnon) à juin 2010 (date du décès de son compagnon), puis à 100 % de juin à décembre 2010 (cf. p. 47 de mon rapport d'expertise). Avec les éléments que j'ai à disposition, j'estime que dès le mois de janvier 2011, la capacité de travail de la recourante était de 100 %. Au sujet de la symptomatologie dépressive qui avait nécessité une hospitalisation à la Clinique de Montana, j'avais peu de renseignements et le rapport clinique était également peu détaillé. Je relève que le motif de l'hospitalisation était un soutien psychologique, un éloignement des facteurs de stress et de la physiothérapie. Il y a lieu de rappeler également qu'à cette période, la recourante avait fait l'objet d'une demande de remboursement émanant du Service des prestations complémentaires, demande qui avait vraisemblablement aggravé la situation psychique. L'incapacité de travail durant l'année 2010, soit 50 % durant le premier semestre et 100 % de juin à décembre, était aussi bien dans l'activité exercée précédemment que dans une activité adaptée. J'indique que si la capacité de travail à 100 % n'était pas effective à partir du mois de janvier 2011, il y a lieu de constater qu'à la sortie du séjour à la Clinique de Montana, la recourante allait mieux et que cette capacité de travail à 100 % peut être confirmée dès le 27 janvier 2011. (...) En ce qui concerne les épisodes de dépression majeure, je n'ai pas pu les identifier plus car les réponses de la recourante étaient parfois floues. Je

peux toutefois affirmer que contrairement à la mention « l'intensité du trouble de l'humeur a varié dans le temps, pour être nettement plus marquée en 2006-2007, puis de nouveau en 2010 », le premier épisode de dépression majeure remonte au début 2005 jusqu'au 30 juin 2007 en raison de problèmes de couple, puis un deuxième épisode de décembre 2009 jusqu'à fin décembre 2010. (...) J'insiste sur le fait que je ne rejoins pas les conclusions de la Dresse E_____ au niveau de l'intensité de l'état dépressif parce que je me suis basée sur les signes d'accentuation des plaintes de l'assurée, en faisant une pondération de ces plaintes, pour aboutir à une incapacité de 100 % durant la période concernée. (...) Durant les épisodes de dépression 2005 à 2007, ainsi que depuis décembre 2009 jusqu'à fin 2010, le degré de la dépression était en tout cas moyen. Je confirme à ce sujet que l'état dépressif moyen était présent jusqu'à la fin janvier 2011, d'où une incapacité de travail à 100 % reportée de fin décembre 2010 au 27 janvier 2011. (...) Le 20 % de la diminution de rendement est associé généralement au trouble douloureux chronique qui implique des changements de position, des pauses durant le travail, etc. (une adaptation de l'activité). Cette généralité s'applique au cas particulier. (...) Je relève que les problèmes conjugaux, d'une part, et le décès du compagnon de la recourante, d'autre part, sont des facteurs psychosociaux qui ont sans aucun doute contribué à son état dépressif. A contrario, nous n'avons pas constaté d'état dépressif sans stress particulier.

46. Par courrier du 16 février 2012 (et non 2011), la recourante relève les propos de la Dresse G_____, lors de son audition du 19 janvier 2012 selon lesquels les problèmes conjugaux, d'une part, et le décès de son compagnon, d'autre part, sont des facteurs psychosociaux qui ont sans aucun doute contribué à son état dépressif. De plus, elle insiste sur le fait que la Dresse E_____ a souligné, lors de l'audience d'enquêtes du 2 septembre 2010 que depuis le décès de son compagnon, l'état de santé de la recourante s'est considérablement aggravé. En outre, la recourante s'étonne que la Dresse G_____ ait diagnostiqué chez elle un trouble dépressif récurrent en rémission alors qu'un nouvel élément de vie très difficile - le décès de son frère - considéré comme un facteur psychosocial vient à nouveau ébranler son état de santé psychique. La recourante rappelle également qu'un premier médecin qui avait mis en évidence certaines inexactitudes des expertises avait conclu à l'impossibilité d'une reprise professionnelle. La recourante précise encore qu'un autre médecin s'est étonné de l'appréciation de l'expert psychiatrique quant à une capacité de travail totale dans la mesure où la recourante a été hospitalisée en janvier 2011 avec un statut à l'entrée de symptomatologie dépressive, indiquant ainsi qu'elle était dans l'incapacité de travailler alors que les expertises indiquent qu'en janvier 2011 la recourante ne serait plus invalide. La recourante relève toutefois que la Dresse G_____ a reconnu cette erreur lors de son audition du 19 janvier 2012. Soulevant un doute quant au diagnostic posé par la Dresse G_____, la recourante requiert la réalisation d'une contre-expertise.

47. Se prononçant sur les rapports produits par la recourante et sur les procès-verbaux d'enquêtes, le SMR relève que le rapport médical du Dr B _____ du 24 août 2011 n'apporte rien à la discussion, il ne critique même pas les expertises et se limite à faire une correction secondaire, date de sa première prise en charge, qui objectivement ne change rien aux conclusions des experts ; les autres aspects qu'il aborde sont d'ordre psychosocial non pris en compte par l'AI. En outre le SMR indique que dans son rapport du 13 septembre 2011, « le Dr H _____ annonce qu'il ne lui paraît pas opportun d'entrer en matière dans la critique approfondie des rapports médicaux des deux experts. Il se questionne sur l'appréciation de la CT de l'expert psychiatre, Dr G _____ quant à une CT de 100% dès janvier 2011, alors que l'assurée était hospitalisée en janvier 2001 [2011] à la Clinique Genevoise de Montana avec un status à l'entrée de symptomatologie dépressive » Le SMR précise enfin « Nous considérons que les expertises psychiatriques en 2001 et en 2005 n'avaient démontré ni comorbidité psychiatrique grave, ni facteur de gravité, accompagnant le trouble somatoforme douloureux, malgré l'incapacité de travail retenue alors à 50%. Une atteinte psychique grave, requérant une prise en charge institutionnelle, est survenue dès janvier 2007, en rémission dès janvier 2011, mais avec pronostic réservé à long terme (rapport d'expertise psychiatrique, page 50). Nous considérons favorablement les conclusions de l'experte psychiatre actuelle, concernant [les] diagnostics mais pas la capacité de travail (sous mentionné), une amélioration de l'état de santé est attestée par les expertises, par rapport à la situation lors de l'octroi en 2002. »
48. Se déterminant sur les enquêtes et sur le fond, par courrier du 16 février 2012, et se référant à l'avis du SMR, du 30 janvier 2012, au sujet des auditions des Dresses F _____ et G _____, l'OAI rappelle toutefois qu'une amélioration de l'état de santé de la recourante a été clairement établie. En outre, conformément aux conclusions des expertes, l'OAI définit les périodes d'incapacité de travail suivantes :
- 50% de début 2005 au 26 janvier 2007 (dans toute activité, en raison d'une atteinte psychique),
 - 100% du 27 janvier 2007 au 30 juin 2007 (dans toute activité, en raison d'une atteinte psychique),
 - 0% du 1^{er} juillet 2007 au 24 décembre 2008 (dans toute activité, en raison d'une atteinte rhumatologique),
 - 100% du 25 décembre 2008 au 30 novembre 2009 (dans toute activité, en raison d'abord de l'atteinte rhumatologique puis psychique),
 - 50% du 1^{er} décembre 2009 jusqu'au mois de juin 2010 (dans toute activité, en raison de l'atteinte psychique),

- 100% de juin 2010 au 31 janvier 2011 (dans toute activité en raison de l'atteinte psychique),
- 0% dès le 1^{er} février 2011 (dans une activité adaptée et de 30% dans l'activité habituelle en raison des limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique).

Par décision du 9 octobre 2006, actuellement en force, l'OAI avait maintenu le droit à la recourante au versement d'une demi-rente d'invalidité. A l'heure actuelle, souligne l'OAI, la recourante est toujours au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité. L'OAI précise que, conformément à l'article 88bis alinéa I lettre b RAI, lorsque comme c'est le cas en l'espèce la révision a lieu d'office, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois pour lequel on l'avait prévue. En l'espèce, le questionnaire de révision a été adressé à la recourante au mois d'octobre 2009, une augmentation de la rente ne saurait ainsi intervenir avant le mois d'octobre 2009. Ainsi, au vu des périodes d'incapacité de travail précitées, la seule période pouvant engendrer une augmentation de la rente est celle courant du 1^{er} juin 2010 au 31 janvier 2011, période d'incapacité totale de travail dans toute activité. Ainsi, le degré d'invalidité de la recourante est de 100%, après une période d'aggravation de l'état de santé de trois mois en application de l'article 88a al. 2 RAI, dès le 1^{er} septembre 2010, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière.

En vertu de l'article 88a al. 1 RAI, si la capacité de gains s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime cas échéant le droit à la rente lorsqu'il a duré trois mois déjà. Ainsi, précise encore l'OAI, étant donné que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2011, son droit à la rente doit s'éteindre dès le 1^{er} mai 2011, date à laquelle le degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. En effet, conformément à la détermination du degré d'invalidité, le taux d'invalidité de la recourante est de 22,3%, ce qui éteint le droit la rente. Au vu de ces explications, l'OAI conclut à ce que soit accordée à la recourante une rente entière du 1^{er} septembre 2010 au 30 avril 2011, date à laquelle le droit à la rente s'éteint.

49. Par courrier du 26 mars 2012, la recourante a informé la Cour de céans du fait que, depuis le 10 janvier 2012, elle est régulièrement suivie au sein de programme dépression du Département de santé mentale et psychiatrie des HUG. Une attestation de la Dresse E_____ précise que la recourante a été hospitalisée à la clinique psychiatrique de Belle-Idée en raison d'un état dépressif sévère du 23 janvier au 6 février 2012. Par la suite, elle a été suivie au Centre de Thérapie Brève des Pâquis avant de reprendre son traitement au programme dépression. Dès lors la recourante s'interroge quant à la validité du rapport d'expertise du 14 juin 2011, la Dresse G_____ ayant diagnostiqué un trouble dépressif récurrent en rémission.

50. Cette information de la recourante et notamment l'attestation de la Dresse E_____, ont été transmises à l'OAI qui indique que pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail et de gains (ATF 127 V 299). En l'espèce, relève l'OAI, l'attestation de la Dresse E_____ n'est pas suffisante pour justifier d'une incapacité durable de travail entraînant une perte de gains. « En tout état de cause, une aggravation de l'état de santé qui serait survenue en janvier 2012 serait postérieure à la décision attaquée, sortant ainsi de l'objet du litige. En effet, le juge ne doit en principe tenir compte que des faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 considérant Ib et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités). » L'OAI confirme le maintien de ses précédentes conclusions, en précisant « Toutefois, si par impossible la Cour de céans devait instruire l'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante en janvier 2012, et ainsi étendre l'objet du litige, alors nos conclusions sur le fond seraient réservées. En effet, la seule attestation de la Dresse E_____ n'est pas suffisante pour considérer que la cause est en l'état d'être jugée (ATF 9C_173/2011 du 31 janvier 2012, consid. 2.1 ; cf ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, l'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, no 27 p. 446 ; arrêt 9C_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3.1). »
51. Interpellé une ultime fois, la recourante persiste dans l'intégralité de ses précédentes écritures et ses conclusions.
52. Sur quoi, 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 (aLOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'article 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

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

En l'espèce, la décision litigieuse du 8 février 2010, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

3. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
4. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
5. En l'occurrence, le litige porte sur la reconnaissance d'un taux d'invalidité de la recourante d'au moins 70% et d'un droit à une rente totale d'invalidité en considérant que, d'une part, dans sa décision du 8 février 2010, l'OAI confirmait le maintien d'une demi-rente et, d'autre part, à l'occasion de son écriture du 16 février 2012, l'OAI concluait au droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2010 au 30 avril 2011, date à laquelle le droit à la rente s'éteignait.
6. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la

suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b ; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b ; 119 V 478 consid. 1b/aa). 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 ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). En l'occurrence, la décision de l'OAI du 2 juin 2002 octroyait à la recourante une rente basée sur un degré d'invalidité de 50% à partir du 1^{er} octobre 1998. Suite à une demande de révision de la rente formulée par le recourante, l'OAI a, par décision du 4 août 2004, refusé d'augmenter la rente d'invalidité. Une nouvelle demande de révision a été déposée, par l'intermédiaire du Dr B _____, le 21 septembre 2004. Dans le cadre d'une expertise, les experts relèvent notamment, dans leur rapport du 8 novembre 2005, que globalement, en tenant compte des aspects rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques, il n'y a pas d'argument objectif parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis juin 2001. Après cette instruction complémentaire, l'OAI a rejeté, le 9 octobre 2006, la demande d'augmentation de la rente, en maintenant le droit à une demi-rente de la recourante. A la suite d'une nouvelle demande, l'OAI a, le 8 février 2010, maintenu la rente d'invalidité sans modification du droit, la recourante continuant de bénéficier de la même rente basée sur un taux d'invalidité de 50%. A la suite d'un recours, après instruction du dossier et, en particulier, sur la base d'une expertise judiciaire et se déterminant sur des enquêtes, l'OAI a conclu à ce que soit accordé à la recourante une rente entière du 1^{er} septembre 2010 au 30 avril 2011, date à laquelle le droit à la rente s'éteint.

7. L'art. 8 al. 1 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En vertu de l'art. 6 LPGA, 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 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. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al 1^{er} LPGA). Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

8. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références).
9. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).
10. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non

publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

11. Le revenu d'invalidé 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 de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).
12. 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.
13. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).
14. Selon le principe de la 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 ainsi 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).

15. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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. 5 let. a).
16. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b et les références).
17. L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il

exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaider pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

18. Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss).
19. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (arrêt du 2 février 2010 9C_603/2009).
20. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).
21. En l'occurrence se trouvent notamment au dossier, des rapports médicaux du Dr B_____ et de la Dresse E_____, des procès-verbaux d'audiences d'enquêtes ainsi que des rapports d'expertise rhumatologique de la Dresse F_____ et psychiatrique de la Dresse G_____.
22. A l'occasion de plusieurs certificats médicaux, le Dr B_____, médecin traitant de la recourante, avait conclu que le taux d'incapacité, résultant notamment de douleurs abdominales non spécifiques depuis 1992, aggravées depuis 1998, de fibromyalgies depuis 2000 et de troubles de l'adaptation, était d'au moins 70% en soulignant notamment que l'évolution de la recourante tendait à la chronicité de ses problèmes.

23. Pour sa part, le Centre d'expertises médicales conclut à une capacité de travail diminuée de l'ordre de 50% dans une activité adaptée qui paraît toujours une estimation adéquate de sa situation.
24. De plus, la Dresse E_____ a relevé que la symptomatologie anxiodépressive était fluctuante, marquée principalement par des épisodes d'humeur dépressive, anhédonie, apathie, douleurs somatiques intenses et handicapantes, celles-ci étant souvent au premier plan, malgré la prise régulière de son traitement. Ce médecin concluait à une incapacité de travail de la recourante à 100%.
25. 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).
26. Dans son rapport, la Dresse G_____ fait état d'un examen détaillée du syndrome douloureux somatoforme en analysant les critères définis par la jurisprudence, à savoir la comorbidité psychiatrique, l'affection somatique, l'intégration sociale, l'état psychique cristallisé et les échecs des traitements, pour aboutir à la conclusion que le syndrome douloureux somatoforme n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail de la recourante. Enfin, la Dresse G_____ relève que, en l'état actuel, on ne peut retenir la présence d'un état dépressif et que le trouble dépressif récurrent est actuellement en rémission.

De son côté, la Dresse F_____ qui a examiné de façon approfondie l'ensemble du dossier, a établi une anamnèse complète, pris acte des plaintes actuelles de la recourante, procédé à un examen clinique et a posé les diagnostics rhumatologiques et de médecine interne. Dans le cadre de la discussion, la Dresse F_____ a examiné l'ensemble des plaintes de façon détaillée pour aboutir à la conclusion que l'activité exercée jusqu'ici était exigible à 70% en répondant négativement à une diminution de rendement. La Dresse F_____ relève que l'activité adaptée peut être exercée à 100%, sans diminution de rendement.

27. Il sied, en l'occurrence, de considérer que ces deux expertises ont fait l'objet d'une étude circonstanciée comprenant des observations approfondies et des investigations complètes, d'une pleine connaissance du dossier, et les experts ont abouti à des résultats convaincants pour leur attribuer pleine valeur probante. En effet, la Cour de céans estime que les expertises contiennent une étude approfondie du dossier, une anamnèse médicale complète, la prise en compte des plaintes de la recourante et la description du contexte médicale et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées. Dès lors, une nouvelle expertise étant superflue, la Cour se dispensera de l'ordonner.

28. Comme le relève l'OAI, la période pouvant engendrer une augmentation de la rente est celle courant du 1^{er} juin 2010 au 31 janvier 2011, période d'incapacité totale de travail dans toute activité. La Cour retiendra que, en application de l'art. 88a al. 2 RAI, après une période d'aggravation de l'état de santé de trois mois, la recourante aura droit à une rente entière, soit dès le 1^{er} septembre 2010. En outre, en vertu de l'article 88a al. 1 RAI et compte tenu du fait que la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail, dans une activité adaptée, dès le 1^{er} février 2011, il y a lieu de considérer que ce changement supprime le droit à sa rente après une durée de trois mois, soit dès le 1^{er} mai 2011.
29. Considérant la modification des conclusions de l'OAI qui conclut à ce que soit accordé à la recourante une rente entière du 1^{er} septembre 2010 au 30 avril 2011, date à laquelle le droit à la rente s'éteint, il convient d'examiner si les faits survenus postérieurement à la décision litigieuse et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.
30. 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 prononcé 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, 2^e 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, no 27 p. 446). Ces principes développés en premier lieu en lien avec un élargissement 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). (arrêt du Tribunal fédéral du 19 avril 2012 – 9C_598/2011)

31. Bien que cet élargissement de la procédure aurait peut-être dû faire l'objet d'une nouvelle décision, selon la jurisprudence évoquée par l'OAI pour une éventuelle aggravation qui serait survenue en janvier 2012 qui sort de l'objet du litige, la Cour de céans prendra acte, par économie de procédure, des conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} septembre 2010 au 30 avril 2011. Interpellée au sujet de ces conclusions de l'OAI, la recourante ne s'est pas prononcée sur ce point en précisant toutefois qu'elle était régulièrement suivie au sein de programme dépression du Département de santé mentale et psychiatrie des HUG. Il sied en effet de relever que, en l'occurrence, il s'agit d'une question en état d'être jugée, qu'il existe un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige et que l'OAI s'est prononcé en concluant à un droit à une rente entière pour la période du 1^{er} septembre 2010 au 30 avril 2011, soit pour une période postérieure à la date de la décision litigieuse du 8 février 2010.
32. En revanche, si l'état de santé de la recourante, dès le mois de février 2012, constitue un état de faits nouveaux survenus postérieurement à la décision attaquée, cette situation implique de nouvelles investigations et une nouvelle instruction qui prendra en considération ces éléments nouveaux qui fera l'objet d'une nouvelle décision. A ce sujet, l'OAI a confirmé le maintien de ses précédentes conclusions, en précisant « Toutefois, si par impossible la Cour de céans devait instruire l'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante en janvier 2012, et ainsi étendre l'objet du litige, alors nos conclusions sur le fond seraient réservées. En effet, la seule attestation de la Dresse E_____ n'est pas suffisante pour considérer que la cause est en état d'être jugée (ATF 9C_173/2011 du 31 janvier 2012, consid. 2.1 ; cf ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, l'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, no 27. Pour le surplus, si l'assurée s'estime fondée à faire valoir que la dépression mentionnée par la Dresse E_____ en mars 2012, constitue une aggravation de son état de santé, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande en prenant la peine de produire tout de suite un rapport médical circonstancié.
33. Ainsi, le recours est partiellement admis. Compte tenu de l'issue du litige, la Cour renonce à la perception d'un émolument. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 2'000 fr. (art 61 let g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA)

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, annule la décision du 8 février 2010 et donne acte à la recourante de ce qu'elle a droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2010 au 30 avril 2011.
3. Le rejette pour le surplus.
4. Renonce à la perception d'un émolument.
5. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de 2'000 fr. en faveur de la recourante.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président suppléant

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

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