

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1701/2010

ATAS/1011/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 octobre 2013

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée à ONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : l'assurée), née en 1955, d'origine portugaise, est arrivée en Suisse au début de l'année 1990, lorsqu'elle a rejoint son mari, qui travaillait dans le secteur du bâtiment.
2. L'assurée a travaillé au Portugal en tant que femme de ménage, puis comme ouvrière dans une usine. En Suisse, elle a exercé la profession d'aide de cuisine, puis de nettoyeuse.
3. En date du 24 juin 1994, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), sans préciser l'atteinte à la santé ni l'incapacité de travail en découlant. Le 28 novembre 1994, elle a communiqué à l'OAI un contrat de travail en qualité d'aide-hospitalière non qualifiée à l'EMS X_____, pour une activité de 32 heures par semaine.
4. Par décision du 19 octobre 1995, l'OAI a rejeté la demande, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail.
5. Le 21 octobre 2004, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, visant à l'octroi d'une rente en raison de troubles psychiques.
6. Dans un rapport établi en date du 9 décembre 2005 à l'attention de l'OAI, le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, a posé les diagnostics d'état dépressif, accès de panique, psychose hallucinatoire par périodes, douleurs multiples de cause "x" et ralentissement psychomoteur. Ces affections existaient depuis 1991 et avaient comme conséquence une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} avril 2004. Des tentatives de traitement psychiatrique avaient échoué, essentiellement en raison de l'incapacité de la patiente de s'y engager ou de son appréciation délirante des effets des médicaments.
7. A la demande de l'OAI, la Dresse O_____, médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a examiné l'assurée. Dans son rapport du 23 janvier 2008, elle a uniquement retenu le diagnostic de dysthymie (F34.1) toutefois, sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était ainsi de 100% dans toute activité.
8. Dans un rapport daté du 18 avril 2008, le Dr R_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, a attesté suivre la recourante depuis octobre 2007, en raison de douleurs musculaires et articulaires dans un probable contexte de fibromyalgie ainsi que d'un état dépressif. Aucune amélioration n'avait été relevée depuis 1991, tant du point de vue antalgique que psychiatrique.

9. Dans un avis du 9 mai 2008, le SMR a indiqué que les éléments contenus dans le rapport du 18 avril 2008 ne modifiaient rien à ses conclusions. En effet, l'assurée ne présentait pas de maladie chronique sans rémission durable, ni de maladie psychique préexistante à la fibromyalgie, ni de maladie psychique incapacitante. En l'absence d'aggravation ou de nouvelles atteintes, les conclusions du SMR du 26 février 2008 étaient toujours valables.
10. Par décision du 28 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations, dès lors que l'assurée ne présentait pas de pathologie invalidante, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique.
11. Suite au recours interjeté par l'assurée, le TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES (TCAS), alors compétent, après avoir notamment procédé à l'audition du Dr Q_____, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 1^{er} mai 2008 a, par arrêt du 11 février 2009 (ATAS/147/2009), renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Il a jugé que les constatations et diagnostics psychiatriques étaient totalement contradictoires et a relevé que le médecin du SMR ayant examiné l'assurée n'était pas psychiatre, même si elle avait été cheffe de clinique adjointe en psychiatrie. En outre, le diagnostic de fibromyalgie avait été évoqué par le médecin traitant, alors qu'aucun rhumatologue ne s'était prononcé à ce sujet.
12. Dans son rapport du 17 avril 2009, le Dr Q_____ a rappelé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne (F33.10) et d'anxiété généralisée (F41.1). La patiente présentait un score de dépression sur l'échelle de Montgomery-Asberg de 28 sur 60, ce qui équivalait à un état dépressif d'intensité moyenne.
13. Le 23 avril 2009, le Dr R_____ a rappelé les diagnostics, existant depuis 1991, d'état dépressif, de ralentissement psychomoteur, de fibromyalgie, d'accès de panique et de psychose hallucinatoire, par période.
14. A la demande de l'OAI, les Drs R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et S_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, médecins au CEMed SA, à Nyon, ont réalisé une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

Dans leur rapport du 27 novembre 2009, les experts précités n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de lombalgie chronique sur troubles trophostatiques de la post-ménopause, de fibromyalgie et de dysthymie (F34.1) depuis des années.

Les experts ont ainsi considéré que l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail, ni de limitations tant sur le plan physique que psychique. Ils ont également estimé que l'incapacité de travail due à l'épisode dépressif moyen attestée par le Dr Q_____ dès juin 2008 n'était plus justifiée à partir de décembre 2008, compte tenu d'un voyage en car au Portugal.

15. Se fondant sur l'expertise bidisciplinaire précitée, l'OAI, par décision du 29 mars 2010, a refusé l'octroi de mesures professionnelles et nié le droit à une rente.
16. Sous la plume de son mandataire, l'assurée (ci-après : la recourante) interjette recours le 11 mai 2010. Elle conteste la décision de l'OAI et sollicite l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2004. Elle considère que l'expertise du CEMED n'a pas été effectuée dans les règles de l'art et qu'elle ne répond pas aux exigences en matière de valeur probante.

A l'appui de son recours, l'assurée produit notamment un courrier du Dr Q_____ du 30 mars 2010, dans lequel ce médecin conteste les conclusions de l'expertise du 27 novembre 2009, indiquant notamment que l'assurée avait souffert d'épisodes dépressifs majeurs à tout le moins à deux reprises, en 1991 et en 2004. Les symptômes dépressifs s'étant installés après le premier épisode dépressif, la présence d'une dysthymie était exclue. Il rappelait que sa patiente présentait manifestement un épisode dépressif d'intensité moyenne, comprenant 8 symptômes sur 10 (tristesse permanente, absence de plaisir, troubles du sommeil, tension nerveuse, ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, baisse de l'estime d'elle et pessimisme, difficultés de concentration). Selon l'anamnèse et les observations des médecins traitants, ces symptômes étaient présents depuis 2004. Il rappelait que ses observations cliniques avaient montré la présence de troubles de la concentration, la patiente se trompant parfois d'heure ou de jour de rendez-vous, perdant le fil de la conversation ou répondant à côté des questions posées et ce depuis plus d'un an. Il contestait également la position du CEMED selon laquelle un diagnostic d'anxiété généralisée devait être éliminé en présence d'un épisode dépressif.

17. Dans sa réponse du 11 juin 2010, l'OAI (ci-après : l'intimé) conclut au rejet du recours. Il relève que les arguments soulevés dans le recours du 11 mai 2010 sont similaires à ceux évoqués lors du recours du 30 juin 2008. Par ailleurs, selon le SMR, à qui le courrier du Dr Q_____ a été transmis, ce dernier praticien n'amène pas d'éléments objectifs divergents mais effectue uniquement une interprétation plus empathique des mêmes symptômes, se fondant essentiellement sur l'anamnèse fournie par la recourante et moins sur le status objectif.
18. Le TCAS a procédé à l'audition de la recourante en date du 14 juillet 2010. Lors de cette audience, celle-ci a indiqué qu'elle reprochait à l'expert psychiatre du CEMED son comportement arrogant lors de l'expertise et de ne pas l'avoir laissée s'exprimer librement. Il l'interrompait lorsqu'elle essayait de donner des précisions

par rapport à une question. Quant à l'expert rhumatologue, il fermait les yeux et semblait dormir. Elle a également contesté aller au Portugal chaque année. Depuis deux ans, elle ne s'y rendait plus. Elle n'y était d'ailleurs allée qu'une seule fois en car. Les autres années, elle s'y était rendue avec sa fille en voiture, car elle avait peur de l'avion, qu'elle n'avait d'ailleurs jamais pris.

19. Par courrier du 17 septembre 2010, la recourante a transmis au TCAS le certificat original établi par le Dr T_____, ainsi qu'une traduction certifiée conforme, selon lequel dès son plus jeune âge, elle présentait des troubles psychiques, entraînant des incapacités de travail et une aggravation de son état de santé psychique d'il y a 10 ans avec une dépression majeure et des symptômes psychotiques. Elle a également saisi l'occasion pour préciser que si le TCAS ne devait pas ordonner l'expertise judiciaire requise, elle sollicitait d'ores et déjà l'audition de son époux et de leur fille afin d'établir l'inexactitude des faits relatés par le CEMED à l'appui de ses conclusions. En outre, elle requérait l'octroi d'un délai supplémentaire pour produire une expertise médicale privée, confirmant les critiques médicales formulées par le Dr Q_____.
20. Le 4 octobre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
21. Par courrier du 19 octobre 2010, le TCAS a informé les parties qu'il gardait la cause à juger.
22. Le 2 novembre 2010, la recourante s'est opposée à la clôture de l'instruction, maintenant ses conclusions en réalisation d'une expertise judiciaire et en audition de son époux et de leur fille.
23. Le 12 janvier 2011, le TCAS, devenu depuis le 1^{er} janvier 2011 la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, a interpellé le CEMED afin qu'il précise certains points au regard des diagnostics posés. A la requête de la recourante, la Cour de céans a communiqué au CEMED le rapport du Dr T_____ du 3 août 2010, ainsi qu'une traduction en français.
24. Par courrier du 3 février 2011, le Dr R_____ a précisé que la recourante souffrait d'une dysthymie depuis l'âge de 29 ans environ. S'agissant du degré de sévérité de l'état dépressif, le médecin a indiqué que la prise d'un antidépresseur n'était pas un critère diagnostique permettant de l'évaluer ; il convenait de se fonder sur la présence ou l'absence de certains symptômes cliniques. Dans le cas de l'assurée, ses déclarations subjectives présentaient plusieurs incohérences avec les éléments objectivables ou étaient contradictoires en elles-mêmes. Ainsi, dans l'anamnèse orientée au début de l'examen, l'assurée déclarait ne plus regarder la télévision en raison d'un manque de concentration et de l'attention, alors que lors de la description de sa vie quotidienne elle disait passer une partie importante de la journée à regarder la télévision, portant un intérêt particulier aux émissions sur les animaux et suivant régulièrement les nouvelles portugaises. De même, à

l'anamnèse orientée, elle décrivait une fatigue importante présente toute la journée, avec des ruminations ; cependant, à l'examen psychiatrique, il n'avait pas pu objectiver des signes importants de fatigue ou de manque d'énergie au cours de l'examen d'une durée de 100 minutes, à la fin duquel l'assurée maîtrisait, sans difficulté particulière, des tests cognitifs. L'assurée trouvait l'énergie d'assurer une partie importante des tâches ménagères, se déplaçait chaque année en car pendant plusieurs heures pour se rendre au Portugal, se rendait à la piscine pour faire plaisir à sa petite-fille ou faisait ses achats dans de grandes surfaces. Selon le Dr R_____, le dosage du Cipralex 10 mg prescrit était le dosage minimal efficace de ce médicament, pouvant aller jusqu'à 20 mg par jour chez des patients souffrant de dépression. Se posait en outre la question de savoir pourquoi le psychiatre traitant limitait ses démarches thérapeutiques à la posologie minimale et à des consultations une fois par mois malgré son diagnostic d'un épisode dépressif d'intensité moyenne. Le Dr R_____ ne partageait ainsi pas l'avis du Dr Q_____, car la sévérité des symptômes dépressifs restait insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble récurrent léger ou moyen. Quant au rapport du Dr T_____, ses observations correspondaient à des symptômes dépressifs relativement légers, le traitement se bornant à la prescription d'un antidépresseur. Au regard des critères diagnostiques de la CIM-10 et des constatations cliniques, l'expert maintenait son diagnostic et ses conclusions.

25. La recourante a sollicité une instruction complémentaire, soit l'audition de son médecin traitant ainsi que de témoins.
26. Entendu par la Cour de céans le 20 avril 2011, le Dr Q_____ a déclaré que de son point de vue, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel était d'intensité moyenne, chronique, ainsi que d'une anxiété généralisée depuis l'âge de 20 ans. La combinaison de ces deux troubles était à l'origine de l'incapacité de travail. Depuis qu'il connaissait la patiente, soit depuis 2008, elle présentait un état dépressif. Dès lors qu'elle avait présenté dans le passé des épisodes dépressifs, le diagnostic de dysthymie ne pouvait être retenu. La patiente présentait aussi des idées obsessionnelles compulsives, une agoraphobie, une hypocondrie avec des idées délirantes. D'après ce qu'elle lui avait dit, elle ne s'était plus rendue au Portugal et restait la plupart du temps à la maison. Elle venait à sa consultation toujours accompagnée de son mari, car elle était trop angoissée pour venir seule. Selon le médecin traitant, le temps d'une expertise était trop bref pour se faire une idée précise du cas, car l'état psychique était fluctuant et l'assurée pouvait aussi donner des indications qui ne se révélaient pas forcément exactes. L'expert ne l'avait pas contacté pour avoir une discussion.
27. Entendu le même jour, l'époux de la recourante a déclaré qu'il faisait les courses, le ménage et la cuisine. Depuis des années, son épouse ne pouvait jamais sortir seule, il était obligé de l'accompagner. Elle ne prenait jamais l'ascenseur, car elle en avait une phobie ; en 1990, elle était restée bloquée dans un ascenseur. Ils ne recevaient

pas d'amis, ils n'en avaient pas d'ailleurs. Ses enfants étaient ses amis. S'il fallait garder les petits-enfants, c'était lui qui le faisait et se rendait au domicile de ses enfants. Sa femme était couchée dans la chambre pratiquement toute la journée, elle dormait beaucoup, elle ne lisait pas, n'écoutait pas la radio et ne regardait pas la télévision. Elle ne préparait aucun repas, pas même le café. Il avait confirmé qu'ils se rendaient en voiture au Portugal tous les un an et demi ou deux ans. Il ne pouvait pas prendre l'autoroute, à cause des tunnels ; il devait emprunter les routes nationales. Ils y restaient environ un mois. Là-bas, la situation était la même, son épouse ne sortait pas, c'est lui qui faisait les courses, les repas, la lessive et le repassage. Il était exact qu'en 2005, son épouse avait dû prendre le car pour se rendre chez sa fille aînée qui était seule et sur le point d'accoucher. Lui-même ne pouvait pas y aller, car il venait de sortir de l'hôpital. Le voyage n'avait pas été facile, son épouse avait été malade et une passagère s'était occupée d'elle durant le voyage. Il avait aussi informé le chauffeur du car que son épouse était malade. Sur place, il avait demandé à ses voisins de faire attention à son épouse, notamment pour la prise de médicaments. C'est la seule fois que son épouse s'était rendue en car au Portugal.

28. Lors de la même audience, la Cour de céans a entendu la fille aînée de la recourante. Elle a déclaré que sa mère n'avait jamais gardé ses enfants, qu'elle ne pouvait pas compter sur elle. En cas de besoin, c'était toujours son père qui s'occupait de ses enfants. Elle a expliqué qu'elle ne s'entendait pas bien avec sa mère, qu'elle n'était pas venue la voir lorsqu'elle avait été opérée, et que cela engendrait des disputes. Elle savait que sa mère n'était pas bien, mais c'était difficile pour elle aussi. Une fois, sa mère était venue avec elle à la pataugeoire à Onex. Elle essayait de la tirer hors de la maison, en vain. Sa mère était toujours couchée, elle dormait beaucoup. Lorsqu'elle était petite, sa mère allait bien, elle sortait. Elle avait eu une attaque, un problème au cœur, environ une année avant que la famille vînt en Suisse, et depuis lors, elle n'avait plus jamais été la même. Elle s'occupait parfois de sa mère, lui teignait les cheveux, lui vernissait les ongles. Elle ne voulait pas aller chez le coiffeur. Selon la fille de l'assurée, c'était son père qui faisait tout et il s'en plaignait. Il disait qu'il se débrouillait, mais cela devenait pénible pour lui.
29. Dans ses conclusions après enquêtes du 28 avril 2011, l'intimé se réfère à l'avis du SMR aux termes duquel les considérations du psychiatre traitant sont basées essentiellement sur les déclarations de la patiente et non pas sur un status psychiatrique détaillé, de sorte qu'elles ne sont pas convaincantes. Le SMR se rallie aux conclusions du Dr R _____ du 21 août 2009 et de la Dresse O _____ du 23 janvier 2008.
30. Dans ses écritures du 18 mai 2011, la recourante considère qu'il ressort des enquêtes qu'elle souffre d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne et chronique, ainsi que d'une anxiété généralisée très sévère. Par ailleurs, les auditions

ont confirmé de manière concordante qu'elle ne s'était rendue qu'une seule fois en car au Portugal ou à la piscine, faits qui ont été constatés de manière erronée par le CEMED. L'existence de multiples phobies a été observée par les Drs R_____ et N_____. La recourante nie toute valeur probante à l'expertise du CEMED, dès lors que son analyse repose sur des faits inexacts et une interprétation extensive et erronée de ses propos par l'expert. Il convient par conséquent de se fonder sur le diagnostic et les conclusions étayées, motivées du Dr Q_____, lesquelles concordent avec les autres éléments du dossier. Subsidiairement, la recourante conclut à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique judiciaire qui puisse faire toute la lumière sur son état de santé.

31. Par arrêt du 2 novembre 2011 (ATAS/1017/2011), la Cour de céans a rejeté le recours dirigé contre la décision du 29 mars 2010, considérant que les expertises réalisées par les Drs R_____ et S_____ revêtaient une pleine valeur probante, qu'aucun élément ne permettait de remettre en question.
32. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal fédéral, par arrêt non publié du 13 juillet 2012 (cause 9C_912/2011), a annulé l'arrêt précité, considérant que si l'avis du Dr Q_____ n'était certes pas suffisant pour évincer les autres documents médicaux figurant au dossier, il faisait état de diagnostics justifiés de manière circonstanciée et critiquait de manière détaillée les conclusions du rapport d'expertise. Par ailleurs, l'avis du Dr Q_____ n'était pas isolé, mais il trouvait écho dans ceux des Drs N_____, R_____ et T_____. Enfin, le Tribunal fédéral a jugé que les conclusions du Dr Q_____ reposaient sur des éléments anamnestiques plus cohérents que ceux du CEMED, même s'ils n'étaient pas décisifs en soi. La cause était ainsi renvoyée à la Cour de céans pour nouvel examen des preuves, après une éventuelle instruction complémentaire.
33. Mandaté pour expertise par la Cour de céans, par ordonnance du 11 septembre 2012, le Dr U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi son rapport en date du 7 décembre 2012. Il a diagnostiqué un trouble mixte de la personnalité (immature, dépendante, passive, agressive) (F61.0), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et une anxiété généralisée (F41.1). Selon l'expert, le trouble de la personnalité, qualifié de grave, et l'anxiété généralisée, de degré moyen, existaient depuis l'adolescence au moins. Quant au trouble dépressif, fluctuant entre intensité légère et grave, il existait depuis l'arrivée de la recourante en Suisse au moins, mais il était probablement antérieur à cette date compte tenu du traitement antidépressif instauré au Portugal déjà.

L'expert retient les limitations fonctionnelles suivantes : ralentissement psychique et moteur impliquant un mauvais rendement ; personnalité immature et dépendante impliquant un absentéisme important ; besoin d'être assistée et soutenue

constamment ; anxiété et inquiétude généralisées, rendant la recourante peu sûre d'elle et empêchant tout esprit d'initiative ; failles de la mémoire et de la concentration impliquant une tendance à commettre des erreurs. A cela s'ajoutaient la symptomatologie dépressive (avec fatigabilité, perte d'énergie vitale, perte de confiance en soi, perte de l'intérêt et de la motivation) et une symptomatologie anxieuse (avec peur de se tromper, peur d'entreprendre, crainte du regard critique d'autrui, etc.).

Les diverses atteintes entraînent une incapacité totale de travailler. Plus spécifiquement, le trouble de la personnalité implique une incapacité de 50%, l'anxiété une diminution de la capacité de 30% et le trouble dépressif entraîne une incapacité de travail de 50%.

Selon le Dr U_____, la recourante présentait déjà une réduction de la capacité de travail de 20% à son arrivée en Suisse, mais à l'époque elle disposait de ressources mentales et physiques meilleures du fait de son plus jeune âge. Il lui est difficile d'évaluer le rendement professionnel pendant l'emploi en 1991 et 1992, la recourante ayant d'ailleurs elle-même évoqué de grosses difficultés avec un important absentéisme. Elle semble avoir démontré qu'elle était capable de travailler en 1991 et 1992, mais ensuite elle n'a pas été capable de réintégrer le monde du travail en 1994. L'expert est d'avis qu'elle est totalement incapable de travailler au moins depuis cette date.

L'expert explique encore que même une activité lucrative adaptée n'est pas exigible de la recourante et que le rendement lui paraît nul.

34. Dans son écriture du 14 janvier 2013, la recourante considère que l'expertise du Dr U_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et persiste dans les conclusions de son recours.
35. Pour sa part, l'intimé communique à la Cour de céans, par courrier du 14 janvier 2013 également, l'avis du SMR du même jour, selon lequel la Dresse V_____, médecin du SMR, adhère aux considérations de l'expert, mais estime que les troubles de l'acquisition scolaire (la recourante ayant redoublé à plusieurs reprises ses quelques années d'école) pourraient être en lien avec l'existence d'une dysharmonie évolutive, qui pourrait être la cause d'une diminution de rendement depuis son arrivée en Suisse. La Dresse V_____ est dès lors d'avis qu'il faudrait effectuer un test de quotient intellectuel (QI) et un bilan neuropsychologique pour déceler l'existence de la pathologie précitée, qui impliquerait clairement une diminution de la capacité de travail de l'assurée pour des motifs psychologiques dès son plus jeune âge.
36. Par courrier du 17 juin 2013, la Cour de céans a imparti un délai à l'intimé pour prendre des conclusions sur le droit aux prestations de la recourante.

37. La recourante relève, par courrier du 20 juin 2013, que la cause est en état d'être jugée.
38. Par courrier du 24 juin 2013, l'intimé modifie ses conclusions antérieures dans le sens d'un complément d'instruction, les tests préconisés par le SMR étant utiles dans le cadre de l'examen juridique des conditions d'assurance afin de pouvoir déterminer plus précisément la date de la survenance de l'invalidité. L'office intimé laisse cependant le soin à la Cour de céans de décider s'il faut lui renvoyer le dossier ou si elle préfère organiser une expertise judiciaire.
39. Le 11 juillet 2013, la recourante s'est opposée au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Elle considère que le Dr U_____ a clairement exposé que l'invalidité était survenue entre la fin de l'année 1992 et l'année 1994. Or, dans la mesure où elle a cotisé pendant une année entre 1991 et 1992, elle remplit les conditions d'assurance, ce qui lui ouvre le droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, la recourante relève que la dysharmonie évolutive n'est pas reconnue par la communauté scientifique internationale, contrairement au DSM-IV ou à la CIM-10. Partant, elle persistait dans ses conclusions.
40. Par courrier du 18 juillet 2013, la Cour de céans a imparti un nouveau délai à l'intimé pour qu'il lui fasse parvenir ses conclusions sur le fond.
41. Après avoir cité plusieurs passages de l'avis du SMR du 14 janvier 2013, l'intimé considère, par courrier du 29 juillet 2013, que sa conclusion tendant à faire compléter l'instruction du dossier sur le plan neuropsychologique concerne tant le fond que la question préalable de la condition d'assurance.
42. Pour sa part, la recourante persiste dans ses conclusions par courrier du 14 août 2013.
43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. A titre préliminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de

procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références).

En l'espèce, la décision querellée refuse aussi bien le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel que celui à une rente. Cela étant, le recours dont est saisi la Cour de céans ne porte que sur le refus d'octroyer une rente. Partant, l'objet du litige se limite à la question du droit à une rente d'invalidité.

5. a) Lorsqu'une nouvelle demande est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al.2 et 3 RAI). En cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 4 RAI), l'administration doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités).

b) Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5) (ATF non publié 9C 1012/2008 du 30 juin 2009). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). 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 343 consid. 3.5).

c) En l'occurrence, la Cour de céans constate que lors de sa première demande de prestations, la recourante n'avait donné aucune indication quant à l'atteinte à la santé dont elle souffrait, ni quant au taux d'incapacité de travail en découlant. De surcroît, aucun médecin ne s'était prononcé. La recourante avait par ailleurs rapidement communiqué à l'intimé copie d'un contrat de travail et indiqué qu'elle retirait sa demande (cf. pièces nos. 7 et 8 intimé). C'est sur ces bases, par

conséquent sans aucune instruction, que l'intimé a rejeté la demande (décision du 19 octobre 1995).

Force est de constater que la décision rendue par l'intimé le 19 octobre 1995 ne reposait pas sur un examen matériel du droit aux prestations, ni sur une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, de sorte qu'elle ne saurait constituer le point de départ temporel pour l'examen de la nouvelle demande déposée par la recourante en date du 20 octobre 2004. Partant, celle-ci doit être examinée comme s'il s'agit d'une première demande de prestations.

6. a) Avant l'entrée en vigueur de la LPGA, l'art. 4 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, disposait que l'invalidité correspondait à la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résultait d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1).

a/bb) Depuis le 1^{er} janvier 2003, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Quant à l'incapacité de gain, elle vise toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, dont la teneur n'a pas changé avec l'entrée en vigueur de la LPGA, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Selon le Tribunal fédéral, 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, 118 V 82 consid. 3a et les références).

7. a/aa) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

b/aa) La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (CIM-10: M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. A ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3).

b/bb) En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; voir pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10: F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de

troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Pour les raisons qui viennent être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Cependant, lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et les références). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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) (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

8. a) 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) 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 351 consid. 3b/aa et les références).

9. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. a/aa) En l'espèce, suite au renvoi de la cause par le Tribunal fédéral, la Cour de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au Dr U_____. Dans son rapport du 7 décembre 2012, l'expert relève qu'il a examiné la recourante à deux reprises et pris contact avec les médecins qui l'ont suivie, les Drs Q_____ et R_____ . Il retient les diagnostics de trouble

mixte de la personnalité (immature, dépendante, passive, agressive) F61.0, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F33.11 et d'anxiété généralisée F41.1. L'expert a effectué des examens complets et réalisé une étude approfondie des points litigieux importants. Son rapport comporte une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle détaillée. Il a pris en considération les plaintes exprimées par la recourante et établi le rapport en pleine connaissance du dossier. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Le Dr U_____ a en particulier expliqué de manière circonstanciée et convaincante les raisons pour lesquelles il s'écartait des diagnostics et appréciations des Drs O_____ et R_____, ce dernier ayant notamment sous-estimé la problématique dépressive de l'expertisée, l'importance de sa phobie de la foule et de sa claustrophobie. En l'absence de ressources compensatrices, l'expert estime qu'il est illusoire d'attendre une amélioration d'un traitement plus intense, ce que le Dr Q_____ a bien compris.

L'expert considère que la recourante présentait déjà une réduction de la capacité de travail de 20% à son arrivée en Suisse. Il explique cependant qu'elle disposait, à ce moment-là, de ressources mentales et physiques meilleures en raison de son plus jeune âge. Pour l'expert, la recourante semble avoir fourni la preuve qu'elle était capable de travailler en 1991 et 1992, même s'il est difficile d'évaluer son rendement professionnel, la recourante évoquant des difficultés avec un absentéisme important. Pour l'expert, il est cependant certain que la recourante n'a pas été en mesure de réintégrer le monde professionnel en 1994 de sorte que c'est au moins dès cette date qu'elle était en incapacité totale de travailler. En effet, plus aucune activité lucrative adaptée n'est raisonnablement exigible de la recourante.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que le rapport d'expertise remplit les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

a/bb) L'intimé ne remet pas en question cette appréciation, mais sollicite une instruction médicale complémentaire, comportant un test de quotient intellectuel (QI) et un bilan neuropsychologique dans le but de mettre en évidence une dysharmonie évolutive, ce qui impliquerait une diminution de la capacité de travail de la recourante pour des raisons psychologiques depuis son jeune âge.

La Cour de céans ne saurait cependant suivre l'intimé pour les motifs suivants.

Tout d'abord, il y a lieu de constater que la dysharmonie évolutive est une atteinte décrite au chiffre 3.0 de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). Il s'agit donc d'une atteinte diagnostiquée sur la personne d'un enfant ou d'un adolescent, ce qui n'est pas le cas de la recourante, qui est adulte depuis de nombreuses années.

Force est ensuite de constater que selon le commentaire relatif au chiffre 3.0 CFTMEA, la dysharmonie évolutive recoupe des éléments des catégories F 93 et F 94 de la CIM-10, sans leur être entièrement assimilables. Il ne s'agit donc pas d'une atteinte reconnue par un système de classification internationalement reconnu tel que la CIM-10 ou le DSM-IV. Or, la jurisprudence veut que toute atteinte psychique doit pouvoir être mise en relation avec une position de la CIM-10 ou du DSM-IV (voir ATF 130 V 396 ; PAYCHERE, Le médecin-expert : une nouvelle figure tragique ?, in L'expertise médicale, volume 3, 2008, p. 117 – 118) et la dysharmonie évolutive ne l'est pas.

A cela s'ajoute le fait que les catégories F 93 (troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance) et F 94 (troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance ou l'adolescence), qui se recourent partiellement avec la dysharmonie évolutive, n'ont pas été évoquées par l'expert, dont les conclusions n'ont à aucun moment été contestées par l'intimé et le SMR, ce dernier ayant même adhéré à ses considérations.

Pour toutes ces raisons, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction médicale complémentaire formulée par l'intimé, ce d'autant moins qu'il ne conteste pas la valeur probante de l'expertise et par conséquent les diagnostics retenus (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c).

Au demeurant, l'expert a clairement indiqué qu'une diminution de rendement de 20 % était déjà présente à l'arrivée de la recourante en Suisse, ce qui n'est toutefois pas déterminant s'agissant du droit à une rente.

b/aa) Avant d'examiner la date de survenance de l'invalidité, il y a lieu de rappeler que les médecins traitants de la recourante ont évoqué, à plusieurs reprises, des douleurs multiples d'origine indéterminée (rapport du Dr N_____ du 9 décembre 2005) ou encore le diagnostic de fibromyalgie (rapports du Dr R_____ des 18 avril 2008 et 23 avril 2009). En raison de ces diagnostics, le TCAS avait d'ailleurs renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique (ATAS/147/2009 du 11 février 2009). Faisant suite à l'arrêt précité, l'intimé avait mis en œuvre une expertise confiée aux Drs R_____ et S_____, lesquels avaient également diagnostiqué, dans leur rapport du 21 août 2009, une fibromyalgie depuis longtemps (présence de tous les triggers points).

Compte tenu du diagnostic de fibromyalgie, il y a lieu d'examiner l'étiologie du trouble dépressif. En d'autres termes, il convient de déterminer si l'état dépressif mentionné par le Dr U_____ apparaît comme une réaction à la fibromyalgie ou s'il constitue, au contraire, une affection autonome, distincte du syndrome douloureux.

b/bb) Cela étant précisé, la Cour de céans constate qu'il résulte de l'expertise du Dr U_____, que la pathologie psychiatrique, et donc notamment l'état dépressif, est apparue antérieurement au syndrome douloureux, dont la première apparition remonte à 1991 selon le Dr N_____. En effet, selon le Dr T_____, la recourante présentait une pathologie de type anxieuse et dépressive et un traitement anxiolytique et antidépresseur lui avait été prescrit antérieurement à son arrivée en Suisse (en 1990) (voir rapport du Dr T_____ du 3 août 2010).

Au vu de ce qui précède, il sied d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état dépressif d'intensité moyenne est apparu antérieurement aux douleurs de sorte qu'on ne peut parler d'une affection réactionnelle au syndrome douloureux même s'il fluctue entre intensité légère et grave. Le trouble dépressif constitue ainsi une atteinte indépendante, qui existerait selon toute vraisemblance également sans cette pathologie rhumatologique. Partant, c'est à juste titre que l'expert psychiatre a pris en considération le trouble dépressif lors de son appréciation de la capacité de travail de la recourante.

b/cc) Enfin, toujours selon le Dr U_____, la recourante ne s'est pas focalisée sur la problématique douloureuse, raison pour laquelle il n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. A ce sujet, la Cour de céans relève que la recourante a déposé sa demande de prestations en raison de troubles psychiques et non pas de douleurs de type fibromyalgique.

Au vu de ces constatations, la question du caractère incapacitant de la fibromyalgie peut en l'état rester ouverte, dans la mesure où la recourante est de toute manière totalement incapable de travailler pour des raisons psychiatriques.

11. a) Le rapport du Dr U_____ disposant d'une pleine valeur probante et aucune mesure d'instruction complémentaire n'étant justifiée sur le plan médical, il y a lieu d'examiner à quand remonte l'incapacité de travail de la recourante afin de déterminer la date de survenance de l'invalidité. Dans ce contexte, la Cour de céans relèvera encore que même si l'intimé ne s'est pas prononcé sur cette question, contrairement à la recourante, son droit d'être entendu a été respecté dans la mesure où plusieurs délais lui ont été impartis pour se prononcer sur le fond sans qu'il en ait usage.

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 premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b).

b) En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise que la recourante est totalement incapable de travailler depuis 1994 au moins. En raison de l'emploi des termes « au moins », il n'est pas exclu que l'incapacité de travail totale soit antérieure. Selon l'anamnèse, la recourante a suivi quatre années de scolarité au Portugal, avec apparemment quelque difficulté. Au terme de sa scolarité, elle a travaillé durant une vingtaine d'années dans une usine de farine, notamment dans l'emballage, avec des horaires d'équipe 24 heures sur 24. A son arrivée en Suisse, elle effectue d'abord des travaux de nettoyages le soir (cf. rapport d'expertise CEMED, p. 10), puis elle a travaillé au DSR du 4 janvier au 15 décembre 1991 en tant qu'aide de cuisine, pour un salaire mensuel de 2'700 fr., ce qui correspondait, selon toute vraisemblance, à un emploi à 100% (voir notamment avis du SMR du 20 décembre 2007 dans le même sens). Cet emploi à 100% ressort également de l'expertise du CEMED du 21 août 2009, dans laquelle il est mentionné « 100% comme aide de cuisine dans un EMS, la Résidence du Grand-Saconnex. Elle poursuit cette activité durant une année jusqu'à l'aggravation d'un sentiment de tristesse et de tremblements intérieurs, l'ayant empêchée de continuer son travail. Depuis, elle n'a plus repris de travail, ne se sentant pas assez solide ». Le 25 novembre 1994, la recourante est engagée comme aide-hospitalière non qualifiée dans un EMS, à raison de 32 heures par semaine, pour un salaire de 2'800 fr.. Elle aurait interrompu cette activité au bout de deux jours et demi de travail, car elle n'avait pas la santé, ni l'énergie d'affronter ce poste (cf. rapport d'expertise U_____, p. 5).

L'extrait des comptes individuels de la recourante montre qu'à part l'activité d'aide de cuisine durant l'année 1991, elle n'a réalisé que de petits revenus en 1990, durant 6 mois, correspondant apparemment à son activité accessoire de nettoyage, de même que durant les années suivantes. En 1994, elle n'a obtenu un gain que durant le mois de novembre, lorsqu'elle a tenté une reprise de travail.

Au vu de ce qui précède, compte tenu de l'échec de la tentative de reprise de travail en novembre 1994, de la faiblesse des revenus réalisés en 1992 et du fait qu'aucun revenu n'a été enregistré en 1993, la Cour de céans considère que le début de l'incapacité de travail totale remonte au 16 décembre 1991. En effet, depuis cette date, la recourante n'a plus été en mesure de réintégrer le monde du travail dans une mesure significative, la tentative de reprise de travail en novembre 1994 s'étant soldée par un échec. Par ailleurs, même si la recourante présentait une incapacité de travail de 20% dès son arrivée en Suisse, cela n'est pas déterminant dans le cas d'espèce, s'agissant de l'ouverture du droit à une rente d'invalidité, qui nécessite une incapacité de travail de 40% au moins pendant un an. Le fait qu'une diminution de rendement de 20% pourrait le cas échéant entraîner une invalidité pour d'autres prestations de l'assurance-invalidité n'est ainsi pas pertinent, étant précisé que, dans un cas concret, il n'y a le plus souvent pas une seule survenance de l'invalidité, mais plusieurs, fixées en fonction des prestations entrant en considération (GREBER, La survenance de l'invalidité et la condition d'assurance, in Cahier genevois de sécurité sociale, n° 3/4, 1988, p. 27).

Par conséquent, la survenance de l'invalidité de la recourante doit être fixée à l'issue du délai de carence d'un an, soit en l'occurrence le 16 décembre 1992 (cf. art. 29 al. 1 let. b LAI).

12. Du point de vue temporel, il convient d'examiner le droit de la recourante à une rente d'invalidité, au regard des dispositions légales en vigueur en 1992.

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, (en sa teneur en vigueur jusqu'à l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision AI le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins.

Concernant le degré d'invalidité, la Cour de céans relève que la recourante travaillait à 100% en 1991 et qu'elle a tenté une reprise du travail à raison de 32 heures par semaine (soit à 80%) en 1994. Il n'y a en l'état pas lieu de trancher la question de savoir si c'est par choix personnel qu'elle a décidé de travailler à 80% en 1994 ou si ce taux a été choisi en raison de son atteinte à la santé, qui entraînait alors déjà une diminution de rendement de 20% selon le Dr U_____, dès lors qu'elle peut quoi qu'il en soit prétendre à une rente entière même si l'on retient un statut mixte (80% d'activité professionnelle ; 20% de tenue du ménage), solution la moins favorable.

En effet, si l'on retient qu'elle est totalement incapable de travailler dans toute activité professionnelle (correspondant à 80% du temps) mais qu'elle ne présente aucune invalidité dans la tenue de son ménage (évaluée à 20% de son temps), - ce qui resterait cependant à démontrer au vu des constatations du Dr U_____ -, la recourante présenterait un degré d'invalidité de 80% au minimum ($[80\% \times 100\% + 20\% \times 0\%] = 80\%$). Dès lors que le degré d'invalidité est supérieur au taux de 66 2/3 % requis par l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, la recourante peut dans tous les cas prétendre à une rente entière d'invalidité, pour autant que les autres conditions soient réalisées.

b/aa) Selon l'art. 6 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2000, les ressortissants suisses, les étrangers et les apatrides avaient droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI, s'ils étaient assurés lors de la survenance de l'invalidité.

Etaient notamment assurés les personnes physiques qui avaient leur domicile en Suisse et les personnes physiques exerçant en Suisse une activité lucrative (art. 1 LAI et 1a al. 1 let. a et b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS ; RS 831.10])

L'application de l'art. 6 al. 1 précité nécessitait donc l'examen de deux conditions : la survenance de l'invalidité et la réalisation de la clause d'assurance à cette date.

b/bb) Selon l'art. 6 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, les étrangers et les apatrides n'avaient droit aux prestations (sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI) qu'aussi longtemps qu'ils conservaient leur domicile civil en Suisse et que si, lors de la survenance de l'invalidité, ils comptaient au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse. Demeurent toutefois réservées les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'Etats pour leurs ressortissants respectifs (ATF 126 V 5 consid. 1a).

c) Lors de la survenance de l'invalidité de la recourante, en décembre 1992, l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) n'était de loin pas encore entré en vigueur. Compte tenu de la nationalité portugaise de la recourante, les conditions générales du droit aux prestations doivent s'examiner conformément à la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et le Portugal, du 11 septembre 1975, entrée en vigueur le 1^{er} mars 1977 (ci-après : la Convention ; RS 0.831.109.654.1).

La Convention prévoit, à son art. 2 al. 1, que les ressortissants de l'une des parties contractantes, ainsi que les membres de leur famille et les survivants dont les droits dérivent desdits ressortissants, sont soumis aux obligations et admis au bénéfice de la législation de l'autre partie dans les mêmes conditions que les ressortissants de cette partie ou les membres de leur famille et les survivants dont les droits dérivent desdits ressortissants, sauf exceptions. Dans la mesure où ladite convention prévoit l'égalité de traitement entre les ressortissants suisses et les ressortissants portugais, il y a lieu d'appliquer l'art. 6 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2000, disposition qui prévoyait que la recourante devait être assurée lors de la survenance de son invalidité.

La recourante était domiciliée à Genève en décembre 1992, date de la survenance de l'invalidité ; elle disposait à l'évidence de la qualité d'assurée conformément aux articles 1 LAI et 1a al. 1 let. a LAVS.

13. Reste à examiner si la recourante remplissait la clause d'assurance.

a) Selon l'art. 36 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, pour avoir droit aux rentes ordinaires, les assurés devaient compter, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations.

L'alinéa 2 de cette même disposition prévoyait que les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS) étaient (sous réserve de l'art. 36 al. 3 LAI) applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires (voir à ce propos ATF 124 V 159), le Conseil fédéral pouvant cependant édicter des prescriptions complémentaires.

Aux termes de l'art. 32 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) en corrélation avec les art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS) et 36 al. 2 LAVS dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1^{er} ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que les cotisations correspondantes ont été payées. Les femmes mariées, veuves ou divorcées qui étaient exemptées du paiement des cotisations en vertu de l'art. 3 al. 2 let. b et c LAVS ne peuvent prétendre à une rente ordinaire que si elles ont personnellement versé des cotisations à l'AVS/AI pendant une année entière au moins (RCC 1982 p. 117 ; RCC 1981 p. 318 ; RCC 1979 p. 220). Si la durée de cotisations n'est pas continue, les diverses périodes de cotisations sont additionnées. Depuis le 1^{er} janvier 1997, une année de cotisation est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1^{er} ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale (variante I), soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (variante II), ou enfin, elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives. Ainsi, à la différence de la situation qui prévalait avant le 1er janvier 1997, date de l'entrée en vigueur de la dixième révision de l'AVS, un assuré peut désormais satisfaire à l'exigence de la période minimale de cotisations même s'il n'a pas payé personnellement des cotisations, par ex. par la prise en compte d'une période éducative (ATF 125 V 253, 126 V 8 consid. 1b). Cette réglementation plus favorable ne s'applique toutefois pas aux cas d'assurance survenus antérieurement à cette date (ATF 126 V 8 et 273 consid. 1b; VSI 2000 p. 174).

b) En l'espèce, dès lors que le cas d'assurance est survenu avant le 1^{er} janvier 1997, pour pouvoir prétendre à une rente ordinaire, la recourante doit avoir cotisé personnellement pendant au moins onze mois lors de la survenance de l'invalidité en décembre 1992. A l'examen de l'extrait de ses comptes individuels, la Cour de céans constate qu'elle a cotisé cinq mois en 1990, 12 mois en 1991 et deux mois (juillet et août) en 1992, soit 19 mois au total.

Partant, lors de la survenance de l'invalidité, la recourante comptait l'année de cotisation requise par l'art. 36 al. 1 LAI, de sorte qu'elle peut prétendre à une rente d'invalidité ordinaire depuis décembre 1992.

14. La nouvelle demande de prestations ayant été déposée le 21 octobre 2004, il convient encore de statuer sur les prestations arriérées.

Selon l'art. 48 al. 2 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (abrogé dès le 1^{er} janvier 2008, entrée en vigueur de la 5^{ème} révision AI), si l'assuré présente sa demande de prestations plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période

antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

Au vu de la demande tardive, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au mois d'octobre 2003, étant précisé qu'il n'y a pas de motif de restitution de délai au sens de l'art. 48 al. 2^{ème} phrase LAI.

15. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis et la décision du 29 mars 2010 annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il calcule les prestations dues dès le mois d'octobre 2003.
16. La recourante obtenant gain de cause, elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA ; RS E 5 10.03), le juge peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de 200 fr. à 10'000 fr.

En l'occurrence, compte tenu du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction, la Cour de céans fixe le montant des dépens à 4'000 fr.

Pour le surplus, étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 1'000 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 29 mars 2010.
3. Met la recourante au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2003, dans le sens des considérants.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul de la rente et des prestations dues depuis le 1^{er} octobre 2003.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 4'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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