

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2341/2007

ATAS/527/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 5 mai 2008

En la cause

Madame M _____, domiciliée à ITTINGEN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître STAMPFLI Eric

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Mme M_____ (ci-après : l'assurée), de nationalité suisse, est mariée depuis le 2 septembre 2004.
2. Elle a travaillé comme aide-vétérinaire du 1^{er} mars 1996 au 31 décembre 1999.
3. Dès le 19 novembre 1998, elle a subi plusieurs périodes d'incapacité de travail attestées par son médecin-traitant la Dresse A_____, FMH médecine interne, en raison d'une fibromyalgie.
4. Le 27 janvier 1999, le Dr B_____, FMH médecine interne rhumatologie, a relevé qu'il suivait l'assurée depuis le 3 décembre 1998 pour arthralgies des chevilles, laquelle présente une obésité (BMI 32), des troubles statiques des pieds, des douleurs de l'articulation tibio-tarsienne des deux côtés actuellement prédominant à gauche et une tendinite des péroniers latéraux des deux côtés également prédominant à gauche.
5. Le 1^{er} juin 1999, le Dr B_____ a relevé une décompensation anxieuse à un important stress aussi bien professionnel que familial et la nécessité de la prise en charge des douleurs.
6. Du 7 au 23 juin 1999, l'assurée a séjourné dans la division de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) pour une prise en charge de la fibromyalgie. La physiothérapie avait permis un bon contrôle de la symptomatologie douloureuse. L'assurée s'était inscrite à un programme multidisciplinaire de prise en charge de la fibromyalgie.
7. La Dresse A_____ a mentionné qu'à la sortie de son hospitalisation le 23 juin 1999, l'assurée avait dû restreindre son activité professionnelle à 50 %, les douleurs étant quotidiennes et représentaient un handicap pour les activités de la vie quotidienne. Le traitement antalgique n'était pas efficace. Elle continuait un suivi de physiothérapie.
8. Le 26 octobre 1999, l'assurée a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité en raison d'une fibromyalgie.
9. L'assurée a subi les incapacité de travail suivantes :

| |
|-------------------------------------|
| à 100 % du 19.11.1998 au 07.12.1998 |
| à 50 % du 08.12.1998 au 20.12.1998 |
| à 100 % du 21.12.1998 au 03.01.1999 |

| |
|-------------------------------------|
| à 50 % du 04.01.1999 au 18.01.1999 |
| à 100 % du 19.01.1999 au 24.01.1999 |
| à 50 % du 25.01.1999 au 09.02.1999 |
| à 70 % du 10.02.1999 au 07.03.1999 |
| à 50 % du 08.03.1999 au 21.03.1999 |
| à 25 % du 22.03.1999 au 25.04.1999 |
| à 100 % du 11.05.1999 au 27.06.1999 |
| à 50 % du 28.06.1999 au 04.07.1999 |
| à 50 % du 09.07.1999 au 21.12.1999 |
| à 100 % depuis le 22.12.1999 |

10. Le 1^{er} janvier 2000, l'assurée s'est domiciliée dans le canton de Berne.
11. Le 23 février 2000, la Dresse C_____, FMH médecine générale, qui suit l'assurée depuis le 10 février 2000, a attesté d'une incapacité de travail à 100 % dès le 22 décembre 1999 puis le 25 janvier 2001, elle a mentionné une incapacité de travail de 50 % dès le 28 février 2000, de 20 % en avril 2000, de 0 % dès le 1^{er} mai 2000, puis de 100 % du 27 septembre au 29 octobre 2000.
12. Le 21 mars 2000, le Dr B_____ a diagnostiqué une fibromyalgie primaire, des troubles statiques lombaires (scoliose dorsolombaire à convexité dorsale droite, hyperlordose), une discopathie L4-L5, une surcharge pondérale (BMI 43) et une hypertriglycémie.
13. Du 1^{er} septembre 2000 au 7 mars 2001, l'assurée a été engagée par l'Université de Berne comme assistante-vétérinaire à 50 %.
14. Le 17 octobre 2000, le Dr D_____, chirurgie FMH à Berne, a posé les diagnostics de douleur dans la région hypogastrique à droite sans étiologie claire avec augmentation de la température le soir jusqu'à 38°C, fibromyalgie et maussaderie dépressive sur le plan anamnestique, adiposité (136 kg) et allergie au Primperan. Un examen chirurgical, une sonographie et une radiographie de l'abdomen n'avaient donné aucun autre résultat qu'une légère coprostase. Il fallait investiguer des diagnostics chirurgicaux rares.
15. Le 13 novembre 2000, le Dr E_____, FMH médecine interne à Berne, a rendu un rapport médical à la suite de l'examen de l'assurée des 31 octobre et 10

novembre 2000. Il pose les diagnostics de dysthésie peu claire dans la région des nerfs cutanés L1-2 à droite, fibromyalgie, dépression et adiposité per magna. Il avait procédé à une infiltration de Carbotessin dans le nerf cutané et il convenait d'attendre les résultats du traitement.

16. Le 25 janvier 2001, la Dresse C _____, FMH médecine générale à Berne, a diagnostiqué une fibromyalgie depuis 1998 et le 13 février 2001 elle a répondu à des questions de l'OCAI. Il existait une adiposité primaire qui n'avait qu'un impact secondaire sur les affections rhumatismales des parties molles. L'assurée était en incapacité de travail totale entre le 27 septembre et le 29 octobre 2000 en raison d'une affection de l'estomac et des intestins et dès le 3 janvier 2001 pendant 10 jours, puis capable à 100%. Le 12 avril 2001, elle a précisé que la patiente souffrait d'une affection rhumatale des parties molles, avec évolution variable; une réduction de la capacité de travail à l'avenir apparaissait probable. Elle était actuellement dans un état général diminué et nécessitait un séjour de réhabilitation dans un lieu de vacances balnéaires
17. Par projet du 2 avril 2001, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a décidé d'allouer à l'assurée une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 % du 19 novembre 1999 au 31 mai 2001, compte tenu d'une incapacité de travail depuis le 19 novembre 1998 et d'une amélioration de l'état de santé entraînant une capacité de travail entière dès le 13 février 2001.
18. Par décision du 15 juin 2001, l'OCAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 1999 au 31 décembre 2000 de 820 fr. par mois et de 841 fr. par mois du 1^{er} janvier au 31 mai 2001.
19. Le 5 juillet 2001, la Dresse C _____ a attesté d'une incapacité de travail à 100 % du 3 au 11 janvier 2001, du 5 au 11 mars 2001, du 17 au 27 avril 2001 et à 50 % depuis le 30 avril 2001.
20. Le 13 août 2001, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 15 juin 2001 auprès de la Commission cantonale de recours AVS/AI en concluant à l'octroi d'une demi-rente de durée illimitée. Elle faisait valoir qu'il était médicalement attesté qu'elle ne pouvait travailler qu'avec une capacité réduite et que c'était ainsi à tort que l'OCAI avait retenu une capacité de travail entière dès le 13 février 2001.
21. Le 15 novembre 2001, l'OCAI, dans le cadre du recours pendant auprès de la Commission cantonale de recours AVS/AI, a conclu à la mise sur pied d'une expertise COMAI, argument fondé sur une appréciation du Dr F _____ du 13 novembre 2001 selon laquelle "comme une reprise du travail à 100 % semblait possible en février 2001, et qu'il est toujours difficile de refaire le passé, il avait été admis une IT temporaire de 50 % pour la période précédente. Dans le cas contraire, des investigations complémentaires auraient été demandées pour évaluer si l'obésité

et le syndrome douloureux ont ou non valeur d'invalidité dans le cas présent. Il faudrait pouvoir tout suspendre et demander une expertise multidisciplinaire de type COMAI (celle-ci aurait été demandée si la capacité de travail n'avait pas été reconnue comme totale au moment de la décision vu le jeune âge de l'assurée). En effet, un syndrome somatoforme douloureux sans autres troubles physiques ou psychiques notables n'a pas forcément valeur d'invalidité, donc une telle situations qui entraînerait une invalidité même partielle chez une jeune personne nécessite une évaluation complémentaire".

22. Depuis le 1^{er} janvier 2002 jusqu'au 30 juin 2002, l'assurée a été engagée par l'Office fédéral vétérinaire à 20 % comme "webpublisher".
23. Le 8 mai 2002, la Dresse C_____ a indiqué que la première consultation à son cabinet avait eu lieu le 10 février 2000, que la patiente éprouvait des douleurs pratiquement dans tous ses mouvements, que, depuis mars-avril 2000, une détérioration importante des ennuis de santé s'était manifestée, que, dès juillet 2000, l'état s'était empiré, qu'elle avait une capacité de travail de 50% en février-mars 2000, puis variable et parfois nulle dès avril 2000, qu'actuellement, l'incapacité de travail était de 70%, que le pronostic était difficile, la capacité de travail oscillant entre 0% et 50%.
24. Le 7 juillet 2002, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne.
25. Du 14 octobre au 31 décembre 2002, l'assurée a travaillé à l'Université de Berne en tant qu'aide-vétérinaire.
26. Par arrêt du 23 avril 2003, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a rejeté le recours interjeté par l'assurée pour déni de justice relativement à la procédure en cours par devant la Commission cantonale de recours AVS/AI, tout en considérant que la limite du tolérable pour un litige de cette nature était proche.
27. Le 4 juillet 2003, la Commission cantonale de recours AVS/AI a annulé la décision de l'OCAI du 15 juin 2001 "sans préjudice des droits de la recourante" et renvoyé le dossier à celui-ci pour expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.
28. Le 2 octobre 2003, l'OCAI a transmis le dossier à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne afin que celui-ci mette à exécution le jugement du 4 juillet 2003 de la Commission cantonale de recours AVS/AI.
29. Le 23 février 2004, le Dr G_____, médecin généraliste à Berne, a attesté d'une incapacité de travail à 70 % dès le 22 septembre 2003.

30. Le 1^{er} juillet 2004, le Dr H_____, médecin généraliste à Berne, a attesté d'une incapacité de travail de 70 % depuis janvier 2002, renouvelée le 5 octobre 2004.
31. Le 20 août 2004, une expertise interdisciplinaire a été rendue, à la demande de l'OCAI bernois, par les Drs I_____, médecine interne FMH et J_____, FMH psychiatrie et psychothérapie à Bâle.

L'expertise relève que, du point de vue somatique, l'assurée a commencé à ressentir des douleurs au sternum en 1990, puis étendues dès 1997 à la nuque, à la malléole droite, puis dès 1999, dans tout le corps. Depuis 2000, elle souffrait d'insomnie, de rigidité matinale et de fatigue la journée. Les diagnostics suivants sont posés : panalgie sans étiologie somatique, adiposité indice de masse corporelle de 38, indice de masse corporelle en 2000 de 43, syndrome d'hypermobilité, periarthropathia humeroscapularis des deux côtés, calcarea du côté gauche, varicosités de la partie inférieure des jambes, 1990 : embolie pulmonaire provoquée probablement par une thrombose au niveau de la partie inférieure de la jambe à droite.

"Dans son ensemble, les plaintes décrites par l'assurée, aussi bien en ce qui concerne leur étendue que leur intensité, ne correspondent pas aux résultats pathologiques objectivables. Les plaintes ne peuvent pas être mises en rapport avec un diagnostic de pathologie somatique. D'une façon descriptive, l'on peut utiliser des termes comme panalgie ou syndrome de douleur généralisé, etc. Le fait que les douleurs présentent un caractère permanent est révélateur pour une cause non somatique des plaintes sans possibilité de les renforcer ou de les atténuer. Les douleurs ne réagissent pas non plus aux tentatives de thérapie ambulatoire ou stationnaire (...)."

"Il est difficile de motiver une diminution de la capacité de travail d'un point de vue somatique-rhumatologique, cela d'autant que cette assurée, en raison de son excès pondéral, s'expose à une surcharge importante. En particulier, il n'est pas possible de faire état d'une diminution de la capacité de travail de l'assurée dans le cadre de ses activités antérieures comme assistante en cabinet vétérinaire, respectivement dans le cadre des programmes pour chômeurs, en tant que webpublisher. Ces activités représentent un profil de travail impliquant une charge physique légère à moyenne. Dans l'hypothèse où les plaintes seraient liées à la periarthropathia humeroscapularis calcarea du côté gauche, elles seraient susceptibles de provoquer une diminution de la capacité de travail passagère, jusqu'à la mise en œuvre de mesures thérapeutiques correspondantes. Cette incapacité de travail se manifesterait dans le cadre d'activités liées à l'élévation répétitive du bras gauche, respectivement au mouvement du bras au niveau de l'épaule. Tel n'était cependant pas le cas dans les activités professionnelles antérieures. La place de travail idéale pour cette assurée serait limitée à des travaux physiques impliquant des charges légères à moyennes. En principe, il serait possible d'exiger des travaux impliquant des charges physiques importantes, cela d'autant que l'assurée s'expose déjà à une telle

charge par son excès pondéral. Il serait souhaitable, sans pour autant qu'il ne soit indispensable, que les activités de l'assurée soient exercées dans des positions changeantes (par exemple changement entre position assise, debout et marche). Les activités professionnelles liées à des mouvements répétitifs des bras au-dessus des épaules apparaissent peu appropriées.

Il serait souhaitable d'obtenir rapidement une réinsertion dans le processus de travail. Les difficultés de réinsertion pourraient être liées à des causes étrangères à l'invalidité comme une abstinence partielle de travailler de longue durée, ainsi qu'une situation défavorable au marché du travail."

Le 16 août 2004, le Dr J _____ suite à l'examen de l'assurée du 6 août 2004, a estimé qu'il n'y avait pas, du point de vue psychiatrique, de diagnostic comportant une diminution de la capacité de travail : "L'humeur de la patiente, très adipeuse, ne présente, pendant l'examen, aucune particularité. D'une façon générale, il convient de constater, sur le plan psychopathologique, un état normal. Il n'existe pas d'indice de psychose ou de symptômes dépressifs. Il n'existe pas non plus d'indice de troubles de la personnalité ou d'autres affections psychiatriques. Par conséquent, sur le plan psychiatrique, il n'est pas possible de faire un diagnostic. Sur le plan du diagnostic différentiel, on pourrait songer à un trouble de douleur somatoforme. Concernant ce diagnostic, il convient de préciser qu'il comporte comme critère nécessaire une douleur durable, importante et obsédante, liée à un conflit émotionnel ou psychosocial, qui ne peut être expliquée par des processus physiologiques ou par un trouble corporel. Le cas échéant, on pourrait supposer que l'absence d'enfant a impliqué pour la patiente un facteur de stress important, ce qu'elle conteste cependant, en indiquant qu'elle aurait fini par l'accepter. D'autres facteurs psychosociaux, qui pourraient entrer en ligne de compte dans ce contexte, n'existent pas. Par conséquent, ce diagnostic ne peut être posé. En raison de l'absence d'un diagnostic psychiatrique, il n'est pas possible de constater, d'un point de vue psychiatrique, une incapacité de travail. D'un point de vue somatique, il n'est pas possible non plus d'expliquer une telle diminution de la capacité de travail, ce qui laisse supposer, le cas échéant, l'existence de problèmes motivationnels. Cependant, ceci ne peut pas non plus être établi sans autres."

32. Par décision du 28 septembre 2004, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'expertise interdisciplinaire des Drs I _____ et J _____.
33. Par décision du 13 avril 2005, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne a rejeté l'opposition de l'assurée.
34. Par jugement du 9 septembre 2005, le Tribunal administratif du canton de Berne a annulé la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne du 13 avril 2005 et renvoyé le dossier à cet office afin qu'il soit transmis à l'OCAI, en

considérant que ce dernier restait compétent, nonobstant le changement de domicile de l'assurée.

35. Le 31 octobre 2005, le Dr F_____, médecin-conseil de l'OCAI, a estimé qu'une nouvelle expertise multidisciplinaire était nécessaire.
36. Le 6 mars 2006, le Dr K_____, de l'hôpital de l'Ile à Berne, a rendu un rapport médical AI dans lequel il diagnostique, avec un impact sur la capacité de travail, un lymphome cellule V médiastinal, stade 1B, un syndrome de fibromyalgie depuis 1997 et une adiposité (indice de masse corporelle 38.3). Il suivait l'assurée dans le cadre d'un programme individuel d'adiposité. En plus du traitement oncologique, de la radiothérapie, elle prenait de l'Efexor et du Tofranil.
37. Le 28 juin 2006, la clinique romande de réadaptation (CRR), par les Drs L_____, FMH chirurgie orthopédique, et N_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise médicale fondée notamment sur un séjour de l'assurée du 19 au 20 juin 2006. L'assurée se plaignait depuis 1997 de douleurs articulaires et musculaires généralisées, migrantes constantes et d'intensité variable, aggravées par les efforts physiques. Les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : état dépressif moyen avec syndrome somatique (F33.11) chez une personnalité limite (F60.31) à traits dépendants (F60.7), trouble somatoforme douloureux chronique (F45.4), tendinitis calcarea des deux épaules (M75.3). La calcification du sus-épineux des deux épaules pouvait fournir une origine aux douleurs à ce niveau et entraînait des limitations des membres supérieurs. Dans le domaine psychique, les limitations fonctionnelles étaient importantes, toutes pathologies confondues, une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité était médicalement exigible dans une activité adaptée, sans travaux lourds et répétitifs au niveau des membres supérieurs. L'incapacité de travail de 50 % pouvait être reconnue dès l'été 2004, date de l'aggravation des troubles psychiques.

L'experte psychiatre a relevé que l'assurée estimait ne pas pouvoir travailler à plus de 30 %. Elle constate l'existence d'un tableau dépressif, persistant et d'intensité moyenne avec syndrome somatique d'accompagnement marqué (insomnies de seconde moitié de nuit, sensations douloureuses thoraciques, troubles digestifs, troubles sexuels et cénesthopathies pénibles). L'hypothèse de cette évolution - qui correspond à ce que l'on appelait "dépression masquée" - cachée comme elle l'est par l'importance des plaintes d'allure somatique (sphère sexuelle, douleurs diffuses, obésité) s'inscrit probablement - pour cette personnalité peu étayée narcissiquement, dans le cadre d'une relation primaire décrite froide, peu investie, proche de l'indifférence - comme la déstabilisation psychique induite en 1997 par la mise en route d'un traitement de l'infertilité. C'est en effet dans un véritable "écartèlement" entre désir et peurs que l'on peut comprendre la désorganisation psychosomatique de cette assurée à partir de 1997 avec infertilité durable, douleurs

multiples, accroissement morbide d'une obésité ancienne mais aussi développement d'un état dépressif torpide et chronifié. La situation s'est compliquée au fil du temps, les plaintes douloureuses prenant le dessus, favorisées en cela par un certain processus de iatrogénisation. Actuellement, nous sommes donc en présence d'un état dépressif chronique d'intensité moyenne avec troubles somatiques et d'un trouble somatoforme douloureux chronique, accompagné quant à lui d'éléments de pronostic défavorable, en raison d'une évolution de neuf ans sans amélioration symptomatique, d'un échec des traitements conformes aux règles de l'art, chez une personnalité aux traits de personnalité particuliers, notablement décompensés en 1997, n'ayant pas atteint son niveau de fonctionnement antérieur avec une certaine tendance à l'enkystement pérenne, la fixation et la chronification de certains symptômes ayant aussi un effet de figer la problématique interne et les dynamiques relationnelles. Le tableau présenté par cette assurée correspond à une maladie psychiatrique sensu stricto - qui dépasse de loin l'état dysthymique associé habituellement au trouble somatoforme douloureux chronique - qui entraîne une diminution notable et significative de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée de 50 % en tout cas. Si ce tableau s'est développé de façon masquée, comme signalé précédemment, ce n'est anamnesticquement que dans les deux dernières années qu'il ne s'est fixé pour atteindre le niveau actuel, ce qui peut expliquer probablement les conclusions de l'expertise de 2004 du Dr J_____. C'est donc à partir de l'été 2004 que l'incapacité actuelle doit être prise en compte, ce qui correspond aussi à un nouveau palier de dégradation de la santé de l'assurée. Les limitations fonctionnelles sont importantes avec ralentissement, troubles conatifs, idées noires, pessimisme, ruminations autodévaluatrices obsessionnelles, troubles de concentration, anhédonie, trouble de l'élan vital.

38. A la demande de l'OCAI, la Dresse N_____ a rendu un complément d'expertise le 4 octobre 2006. L'aggravation de l'état psychique était progressive. Il existait toutefois un élément déclencheur en février 2004, soit le traitement de l'obésité. L'incapacité de travail aurait pu être fixée à ce moment-là mais un certain temps d'incubation s'observant fréquemment avant le développement plein de troubles de type dépressif, il avait été estimé que les troubles étaient apparus raisonnablement dans les six mois suivants l'apparition du dit événement.
39. Le 11 octobre 2006, le Dr L_____ a précisé que l'obésité était un diagnostic sans influence sur la capacité de travail.
40. Le 20 novembre 2006, le Dr F_____ a rendu un avis médical selon lequel l'expertise ne se prononçait pas sur la période antérieure à l'aggravation de l'été 2004, que l'on pouvait toutefois en déduire qu'avant l'aggravation la capacité de travail était supérieure à 50 %. Compte tenu de l'atteinte aux épaules, la capacité de travail était de 100 % avec une possible légère baisse de rendement, soit 75 % depuis 1999, le trouble somatoforme douloureux n'étant pas invalidant.

41. Par projet de décision du 30 novembre 2006, l'OCAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente en relevant que les critères consacrés par la jurisprudence qui fondaient un pronostic défavorable en présence d'un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas suffisamment marqués et que seule l'atteinte aux deux épaules justifiait une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 25 %.
42. Le 15 janvier 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI que son état de santé ne s'était pas amélioré entre 2001, date jusqu'à laquelle une rente de 50 % lui avait été accordée et 2004. Il convenait d'ordonner un complément d'expertise sur ce point.
43. Par décision du 1^{er} mai 2007, l'OCAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2005. Il relève que l'experte psychiatre a estimé que le tableau présenté par l'assurée correspondait à une maladie psychiatrique dont la gravité actuelle devait être prise en compte depuis l'été 2004; toutefois une comorbidité psychiatrique autonome du trouble somatoforme douloureux n'était pas présente, compte tenu du diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique chez une personnalité limite; il existait une affection corporelle chronique (atteinte de l'épaule) depuis 1999 mais pas de perte d'intégration sociale; compte tenu de l'échec des traitements, il existait aussi un état psychique cristallisé, de telle sorte que les critères consacrés par la jurisprudence qui fondaient un pronostic défavorable étaient suffisamment marqués pour admettre une diminution de la capacité de travail à 50 % dès août 2004.
44. Le 15 juin 2007, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'OCAI du 1^{er} mai 2007 en concluant préalablement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire visant à fixer sa capacité de travail pour la période novembre 1999 - été 2004 et principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 1999. Elle relève que les Drs A_____, O_____, P_____, B_____, Q_____, E_____ et C_____ avaient diagnostiqué une fibromyalgie avec, selon cette dernière, une répercussion sur la capacité de travail depuis octobre 1998. L'OCAI ne tenait à tort plus compte du fait qu'il lui avait octroyé une rente du 1^{er} novembre 1999 au 31 mai 2001, décision annulée uniquement pour les besoins complémentaires d'expertise. Elle souffrait depuis novembre 1999 d'une fibromyalgie et présentait une constance et une intensité dans les affections corporelles de manière chronique. L'expertise de la Commission cantonale de recours n'était pas précise quant au début de l'incapacité de travail. Enfin, le retard dans le traitement du dossier la privait d'une rente complémentaire pour le conjoint et le calcul de la rente aboutissait à un abaissement de la rente entre 2001 et 2005 de 841 fr. à 797 fr.
45. Le 13 août 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours et transmis un courrier de la caisse de compensation MEDISUISSE du 6 août 2007 selon lequel l'interruption de la rente étant d'une durée supérieure à trois ans, la rente allouée dès le 1^{er} août 2005

avait dû être recalculée en prenant en compte les revenus du travail entre 1987 et 2004 inclusivement.

46. Le 28 septembre 2007, la recourante a répliqué en relevant que, sur la base des avis médicaux au dossier, l'incapacité de travail remontait à la fin de l'année 1998.
47. Le 9 octobre 2007, l'OCAI a renoncé à dupliquer.
48. Le 13 novembre 2007, le Tribunal de céans a demandé à la Dresse N_____ des précisions sur l'état de santé de la recourante.
49. Le 15 novembre 2007, une traduction de certaines pièces médicales a été demandée à l'intimé, lequel a transmis celles-ci traduites le 22 février 2008.
50. Le 13 décembre 2007, la clinique romande de réadaptation a indiqué au Tribunal que la Dresse N_____ ne pourrait répondre à sa demande que dans le courant du premier trimestre 2008.
51. Par courrier du 4 février 2008, reçu le 4 avril 2008, la Dresse N_____ a transmis des renseignements complémentaires.

Elle avait fixé une incapacité de travail à 50 % dès l'été 2004 en raison de l'apparition anamnétique à ce moment-là de symptômes psychopathologiques et non en février 2004 qui marquait le début d'un traitement contre l'obésité. Elle ne se prononçait pas dans son expertise sur la plénitude éventuelle de la capacité de travail entre 1999 et 2004 car l'assurée avait eu une activité partielle à ce moment-là et une psychopathologie avérée apparaissait clairement au cours de son investigation en été 2004. Ses conclusions différaient de celles du Dr J_____ de deux ans antérieures car une évolution psychopathologique comme celle qu'elle avait retenue se développait dans le temps et s'y déployait alors qu'un examen clinique entraînait des conclusions tirées en l'état.

52. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière

du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès l'année 2001 (cf. consid. 4 infra). Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

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).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. a) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées

par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF du 27 mars 2008, 9C 197/2007).

b) En l'espèce, le litige porte, d'une part, sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité entre le 1^{er} juin 2001 et le 31 juillet 2005, et d'autre part sur le calcul de la demi-rente, étant constaté que celle-ci allouée dès le 1^{er} août 2005 n'est pas contestée dans son principe, et que la rente allouée de novembre 1999 à mai 2001 ne fait pas l'objet de la contestation, soit de la décision litigieuse.

En effet, à cet égard la décision d'octroi de rente de l'intimé du 15 juin 2001 (demi-rente de novembre 1999 à mai 2001) a été annulée par la décision de la Commission cantonale de recours AVS/AI du 4 juillet 2003 avec la mention dans le dispositif "sans préjudice des droits de la recourante". Ce faisant, cette autorité n'a pas examiné le bien fondé de la décision de rente mais uniquement limité l'objet du litige à la période postérieure, soit à l'état de santé de la recourante et son impact sur sa capacité de travail déterminant pour le droit à la rente dès le 1^{er} juin 2001, en considérant qu'une instruction complémentaire était nécessaire. Dans ces conditions, il y a lieu de constater que la décision subséquente de l'intimé du 1^{er} mai 2007, soit l'objet de la contestation, ne porte plus que sur le droit à une rente de la recourante dès le 1^{er} juin 2001.

5. a) 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). Est réputée incapacité de gain 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 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

c) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c,

117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

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

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves;

KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

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

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

doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

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

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

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

8. Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne

régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

9. a) En l'espèce, figurent au dossier les avis médicaux suivants :

- Des certificats d'incapacité de travail de la Dresse A_____ dès le 19 novembre 1998 en raison d'une fibromyalgie.
- Un avis médical du Dr B_____ attestant le 27 janvier 1999 d'arthralgie des chevilles, troubles somatiques des pieds, de douleurs articulaires et de tendinite puis d'une fibromyalgie, de trouble statique lombaire et de discopathie le 21 mars 2000.
- Une prise en charge de la fibromyalgie attesté par les Hôpitaux Universitaires de Genève du 7 au 23 juin 1999.
- Une confirmation du diagnostic de fibromyalgie par le Dr D_____ le 17 octobre 2000 et par le Dr E_____ le 13 novembre 2000.
- Un avis de la Dresse C_____ du 25 janvier 2001 attestant de la présence d'une fibromyalgie depuis octobre 1998 et du 8 mai 2002 mentionnant une incapacité de travail oscillant entre 50 % et 100 % depuis mars 2000.
- L'expertise des Drs I_____ et J_____ du 20 août 2004 diagnostiquant principalement une panalgie sans étiologie somatique et une éventuelle periarthropatia humeroscapularis calcarea qui n'occasionnait au mieux qu'une diminution de la capacité de travail passagère. Aucun diagnostic psychiatrique n'était posé.
- L'expertise du 28 juin 2006 des Drs L_____ et N_____ diagnostiquant un état dépressif moyen avec syndrome somatique chez une personnalité limite à traits dépendants, un trouble somatoforme douloureux chronique et une tendinitis calcarea des deux épaules entraînant une incapacité de travail à 50 %.
- Deux compléments de la Dresse N_____ des 4 octobre 2006 et 4 février 2008 selon lesquels l'aggravation de l'état psychique avait été progressive, qu'en été 2004 étaient clairement apparus des symptômes psychopathologiques et qu'elle ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail entre 1999 et 2004.

b) Il est à constater que seule l'expertise des Drs I_____ et J_____ écarte le diagnostic de fibromyalgie ou celui de trouble somatoforme douloureux, les autres médecins ayant confirmé l'une ou l'autre de ces affections. Il apparaît, selon l'expertise des Drs L_____ et N_____ du 28 juin 2006, laquelle

revêt une pleine valeur probante au sens des critères jurisprudentiels précités, que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été clairement posé. Cependant, point n'est besoin de déterminer si la recourante souffre plutôt d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie dès lors que ces deux affections sont assimilées par le Tribunal fédéral (ATF 132 V 65). Il est à constater que, depuis 1998 un tel diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux était présent chez l'assurée selon tous les médecins consultés et les experts de la CRR et qu'il a principalement motivé les incapacités de travail fluctuantes de celle-ci. Reste à déterminer si ce trouble est invalidant au sens de la jurisprudence restrictive précitée.

c) L'intimé a admis qu'il existait depuis août 2004, un pronostic défavorable suffisamment marqué pour admettre une diminution de la capacité de travail de 50 % dès cette date. Selon la Dresse N_____, l'état dépressif moyen persistant avec syndrome somatique d'accompagnement marqué, correspondant à une maladie psychiatrique dépassant de loin l'état dysthymique associé habituellement au trouble somatoforme douloureux s'était fixé dans le courant des deux dernières années, soit depuis l'été 2004 et justifiait l'incapacité de travail à 50 % depuis cette date. Cette fixation tardive pouvait expliquer, selon la Dresse N_____, les conclusions de l'expertise du Dr J_____.

Antérieurement à l'évaluation de la Dresse N_____, le Dr J_____ avait en effet nié, en août 2004, une comorbidité psychiatrique importante, de sorte qu'aucun avis médical au dossier n'atteste d'une telle comorbidité psychiatrique importante antérieurement à l'été 2004, étant précisé que le Dr B_____ avait uniquement évoqué le 1^{er} juin 1999 une décompensation anxieuse et le Dr E_____ le 13 novembre 2000 une dépression, ces deux médecins n'étant par ailleurs pas psychiatres.

Reste à déterminer si l'assurée remplit d'autres critères déterminants au sens de la jurisprudence précitée. Il convient d'admettre la présence d'affections corporelles chroniques dès lors que la recourante souffre de tendinitis calcarea des deux épaules engendrant des douleurs à ce niveau et entraînant des limitations des membres supérieurs (expertise du Dr L_____ du 28 juin 2006) et un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, soit depuis 1997, sans rémission durable, ainsi que l'échec des traitements conformes aux règles de l'art (expertise de la Dresse N_____ du 28 juin 2006). Il n'y a en revanche pas d'élément permettant d'admettre un état psychique cristallisé jusqu'à l'été 2004, sans évolution possible au plan thérapeutique, au vu de l'évolution de la maladie psychique décrite par la Dresse N_____, ni de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

Ces trois critères précédemment admis ne sauraient toutefois revêtir en l'espèce une telle intensité que l'on puisse admettre que la recourante ne disposait pas, à

l'époque, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs afin de se réinsérer à plein temps dans le monde du travail (voir à cet égard ATFA du 20 mars 2006 cause I 644/04, du 22 février 2006 cause I 506/04, du 4 février 2006 cause I 580/04, du 29 novembre 2005 cause I 665/04, du 12 septembre 2005 cause I 497/04, du 24 août 2005 cause I 752/04, du 16 août 2005 cause I 539/04, du 8 juin 2005 cause I 361/04, du 2 mars 2005 cause I 690/04, ATF du 3 décembre 2007 I 1093/06, ATF du 24 janvier 2008 I 76/07), en particulier au vu de l'appréciation médicale de la Dresse N_____ en 2006, laquelle reconnaît clairement une fixation de la problématique psychique uniquement dès l'été 2004 mais aussi celle du Dr J_____ en 2004, celui-ci ayant nié tout diagnostic psychiatrique. Le trouble somatoforme ou la fibromyalgie ne s'est ainsi pas manifestée entre février 2001 et juillet 2004 avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif la mise en valeur complète de la capacité de travail de la recourante ne pouvait pas être raisonnablement exigée de sa part, de surcroît compte tenu du jeune âge de celle-ci, née en 1966. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a reconnu une incapacité de travail de 50 % uniquement dès l'été 2004, laquelle donne droit, dès le 1^{er} août 2005, à une demi-rente d'invalidité.

10. S'agissant du calcul de la rente, la recourante se borne à constater que le revenu déterminant est inférieur à celui pris en compte lors de la décision de l'OCAI du 15 juin 2001. Aux termes de l'art. 32bis du Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) lorsqu'un assuré dont la rente a été supprimée pour cause d'abaissement du degré de l'invalidité a, dans les trois ans qui suivent, de nouveau droit à une rente (art. 28 LAI) en raison de la même atteinte à la santé, les bases de calcul de l'ancienne rente restent déterminantes si cela est plus avantageux pour l'ayant droit. Si, durant cette période, son conjoint a été mis au bénéficiaire d'une rente de vieillesse ou d'invalidité ou s'il est décédé, l'art. 29^{quinquies} LAVS est applicable. En l'espèce, le droit à la demi-rente dès le 1^{er} août 2005 étant né plus de trois ans après la suppression de la demi-rente au 31 mai 2001, les bases de calcul de l'ancienne rente ne sont plus applicables.

Dès lors que la recourante ne conteste pas spécifiquement le revenu déterminant tel que calculé pour l'établissement de la rente due dès le 1^{er} août 2005, il n'y a pas lieu de vérifier plus avant ledit calcul.

11. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.
12. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le

présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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