

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/315/2010

ATAS/1335/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 22 décembre 2010

En la cause

Madame L. _____, domiciliée à Vernier, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

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

EN FAIT

1. Madame L_____ est née en 1963 et est originaire du Maroc. Elle a acquis la nationalité suisse par mariage en 1992. Un premier mariage a été dissous par le divorce en 1994. Elle s'est remariée en 2001 et a divorcé de son second mari en décembre 2008. En 1994, elle a travaillé comme employée de maison dans une maison de retraite pendant une année. De 1997 à 1999, elle était employée comme aide-jardinière d'enfants dans une crèche, en dernier lieu à raison de quatre demi-journées par semaine. Par la suite, elle était au chômage.
2. Le 22 décembre 2003, elle dépose une première demande de prestations de l'assurance-invalidité.
3. Dans le cadre de cette demande, elle indique le 19 janvier 2004 qu'elle aurait travaillé à 50% comme jardinière d'enfants, si elle était en bonne santé.
4. Elle est soumise à une expertise interdisciplinaire au Centre d'expertise médicale à Genève par le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et la Dresse B_____ qui signe en tant que spécialiste FMH en psychiatrie. Dans leur rapport du 28 juin 2005, les experts posent le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de douleurs abdominales sur endométriose. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils mentionnent une obésité, un syndrome de fibromyalgie et une somatisation. L'assurée présente des problèmes gynécologiques depuis 1986 avec des douleurs du bas-ventre en augmentation avec les règles, ayant nécessité cinq interventions chirurgicales, la première en 1992 et la dernière le 14 juillet 2003. Selon l'assurée, les douleurs abdominales se sont aggravées à chaque intervention, en particulier après la dernière. Elle a également présenté une grossesse extra-utérine. Elle se plaint en outre de douleurs multiples dans toutes les articulations, tant au niveau cervical que lombaire, des épaules, des coudes, des poignets, des articulations interphalangiennes distales des deux mains, des hanches, des genoux et des chevilles depuis environ deux à trois ans. A cela s'ajoute un asthme bronchique traité depuis environ deux ans. Ce sont toutefois principalement les douleurs abdominales qui prédominent. Après son divorce en 1994, elle se trouve rapidement un nouveau compagnon, lequel la quitte cependant de manière inattendue en 1999. Il s'ensuit un épisode de dépression avec un séjour à la Clinique de Montana. Son mari, épousé en deuxième noces en 2001, travaillait comme nettoyeur, mais est au chômage depuis deux ans et fait quelques travaux de nettoyage, à raison de deux heures par jour. Il ressort par ailleurs de l'expertise que l'assurée ne présente pas de retrait social. Elle est financièrement soutenue par l'Hospice général. Les activités de la vie quotidienne sont réalisables, mais limitées aux activités légères, en ce qui concerne le ménage. Les loisirs comme le vélo ou la marche sont limités à 30 minutes au maximum, au prix de douleurs aggravées pendant trois à quatre jours.

De l'évaluation psychiatrique par la Dresse B _____, il ressort que l'assurée a probablement subi une dépression modérée à moyenne, suite à la séparation abrupte de son compagnon en 1999, atteinte qui a été traitée par son médecin généraliste et n'a pas fait l'objet de soins psychiatriques spécifiques. Depuis cet épisode dépressif, elle n'a plus retrouvé un bien-être et les différentes douleurs ont induit un sentiment de détresse psychique. Néanmoins, l'assurée n'a jamais souhaité un suivi psychiatrique, en raison de difficultés financières qui ne lui permettent pas de payer les factures. Elle ressent une grande souffrance du fait d'avoir dû définitivement renoncer à la maternité, particulièrement après une salpingectomie en 2003. Au status psychiatrique, l'expert psychiatre constate notamment une thymie légèrement triste avec une notion de pleurs fréquents, ainsi qu'une angoisse généralisée importante avec rumination d'idées, sans attaques de panique. Il y a des troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, réveils nocturnes avec réendormissement et réveil précoce avec un sommeil non réparateur. L'expertisée souffre également d'une fatigue matinale avec difficulté à commencer la journée et diminution de l'élan vital. La notion de plaisir est maintenue et elle a gardé les activités sociales. La Dresse B _____ estime qu'une médication par antidépresseurs et anxiolytiques mieux ajustée qu'actuellement, ainsi qu'une psychothérapie sont fortement indiquées, notamment en raison de la persistance de l'anxiété et de quelques symptômes dépressifs. Cependant, l'état de santé mentale de l'expertisée influence faiblement sa capacité de travail et elle est apte à travailler au moins à 80 %. La reprise d'une activité professionnelle pourrait même avoir un impact thérapeutique. Dans l'appréciation du cas en consilium, il est relevé par les experts que la situation intra-abdominale est plus claire. Ils concluent à une probable endométriose, responsable des douleurs abdominales. Une telle atteinte est soit asymptomatique, soit déclenche des douleurs progressives et parfois excessives autour des menstruations ou lors des relations sexuelles. Dans le cas de l'assurée, les douleurs abdominales permanentes plutôt des nombreuses interventions abdominales qui ont pu causer des adhérences multiples. Les experts attribuent le caractère algique continu à la somatisation, sans pour autant négliger la part organique initiale de ces douleurs. La capacité de travail est tributaire uniquement de la symptomatologie douloureuse. La somatisation semble par ailleurs réversible par un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique. Le déconditionnement physique constaté est également réversible par une physiothérapie active ou une démarche d'adaptation progressive au poste de travail. La situation actuelle est en outre chargée par des facteurs non médicaux, soit un important problème financier. L'assurée est enfin limitée dans le port de charges supérieures à huit kilos et doit pouvoir s'asseoir à la demande. Quant à sa capacité de travail, elle est de six heures par jour, en adaptant le cahier des charges, c'est-à-dire en limitant le port de charges aux enfants de bas âge. Quant à l'évolution du degré d'incapacité de travail, les experts relèvent que l'assurée a perdu son poste de travail en 1999 en raison d'un trouble dépressif et a

présenté une incapacité de travail importante. Depuis lors, il y a eu une évolution très favorable.

5. Par décision du 23 août 2005, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) rejette la demande de prestations de l'assurée.
6. Le 19 septembre 2005, celle-ci dépose une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de cette demande, elle produit différents rapports médicaux dont notamment le compte-rendu opératoire du 15 juillet 2003 pour l'enlèvement d'un kyste de l'ovaire gauche d'environ 5cm. Il ressort par ailleurs d'un rapport du 12 septembre 2005 du Dr C _____, neurologue, que l'assurée présente un syndrome du tunnel carpien bilatéral.
7. Dans son avis médical du 9 novembre 2005, le Dr D _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), relève que le syndrome du tunnel carpien était déjà symptomatique en 2003, soit avant la notification de la première décision. Quant à la récurrence du kyste, il était de petite taille et donc pas invalidant. Toutes ces affections sont dès lors connues.
8. Par décision du 19 décembre 2006, l'OAI rejette la deuxième demande de prestations.
9. Par courrier du 10 janvier 2007 à l'OAI, l'assurée demande un délai supplémentaire pour démontrer son incapacité de travail.
10. Selon la note de travail du 17 janvier 2007 du gestionnaire de dossier de l'OAI, il a téléphoné à l'assurée pour la rendre attentive au fait qu'il faut qu'elle s'adresse au Tribunal de céans pour recourir contre sa décision. Il est indiqué dans cette note que l'assurée en prend bonne note.
11. Le 25 octobre 2007, l'assurée dépose une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.
12. Avec celle-ci, elle produit notamment le rapport du 29 mai 2007 du Dr E _____, gynécologue, lequel fait état des antécédents gynécologiques de la patiente, à savoir :
 - 1992 : laparotomie par Pfannenstiel au Maroc pour kyste ovarien droit ;
 - 1995 : laparoscopie pour adhésiolyse et ponction d'un pseudo-kyste annexiel gauche ;
 - 1995-1997 : prise en charge par la clinique de stérilité des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour stérilité primaire ;

- 1995 : laparotomie avec adhésiolyse étendue et anexectomie droite ;
- 1998 : révision de cicatrice de Pfannenstiel et exploration abdominale avec adhésiolyse ; découverte d'une endométriose pelvienne ;
- 2003 : laparoscopie convertie en laparotomie pour kyste annexiel gauche : anexectomie gauche et adhésiolyse abdomino-pelvienne étendue.

Selon le Dr E_____, la patiente a développé un état dépressif réactionnel relativement stabilisé et traité, suite à ces multiples investigations et à la situation définitivement perdue sur le plan reproducteur. L'examen clinique ne révèle rien de particulier sur le plan gynécologique. La paroi abdominale ne montre pas de signe de faiblesse, ni d'éventration. La palpation abdominale est souple et indolore. L'examen pelvien est également normal. Il lui semble que le problème de premier plan est celui de l'état dépressif réactionnel au lourd passé médico-chirurgical de la patiente, qui nécessite une prise en charge encore importante. Son dossier mériterait d'être analysé sur la base de cette situation anxio-dépressive.

13. Par décision du 29 novembre 2007, l'OAI refuse d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.
14. Par courrier du 15 janvier 2008, reçu le 4 février suivant à l'OAI, l'assurée l'informe que son état de santé s'est dégradé depuis plusieurs mois et qu'elle souhaite déposer une nouvelle demande de prestations. Elle demande un délai supplémentaire pour présenter les changements importants subis au niveau de sa situation médicale.
15. Par courrier du 5 février 2008, l'OAI lui indique qu'il n'est pas possible de revenir sur sa décision, en l'absence de faits nouveaux importants et/ou de nouvelles pièces médicales probantes. Par ailleurs, la décision de refus n'ayant pas été contestée dans le délai légal, elle est devenue définitive.
16. Selon le rapport du 19 janvier 2009 de la Dresse F_____, l'assurée souffre d'une fibromyalgie, voire d'une somatisation significative. A titre de restrictions physiques, mentales ou psychiques, elle mentionne des crises physiques généralisées. Les restrictions se manifestent par un sentiment d'épuisement. La capacité de travail est nulle.
17. Le 4 mai 2009, l'assurée dépose une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité.
18. Le 2 juillet 2009, l'OAI envoie à l'assurée un projet de décision de refus de prestations au motif qu'elle ne fait valoir aucun fait nouveau dans sa nouvelle demande.
19. Le 16 juillet 2009, l'assurée s'oppose à ce projet, en faisant valoir que son état s'est aggravé. Elle reproche à l'OAI de ne pas avoir demandé le rapport à l'établissement

médical CPC (Centre de psychologie clinique) où elle est suivie, alors même qu'elle l'a mentionné dans sa demande. Elle invite également l'OAI à demander un rapport médical à la Dresse G_____.

20. Le 21 juillet 2009, l'OAI répond à l'assurée que c'est à elle de fournir les éléments médicaux en faveur d'une aggravation de son état de santé.
21. Le 3 septembre 2009, l'assurée adresse à l'OAI une attestation médicale du Dr H_____, psychiatre, et de M. M_____, psychologue et psychothérapeute, du CPC. Ils attestent que son état s'est aggravé sur le plan psychosomatique. Elle présente des "crises chroniques somatisées" où elle se trouve à chaque fois dans des limites humainement intolérables et handicapantes.
22. Selon le rapport du 15 septembre 2009 des Dresses D. F_____, spécialiste en droits acquis en psychiatrie et psychothérapie, et I_____-PRADAS, psychiatre, ainsi que de Monsieur M_____ du CPC, l'assurée souffre d'une fibromyalgie qui est l'expression de sa dépression chronique, avec un manque de l'élan vital. Sa somatisation se situe essentiellement au niveau de ses membres supérieurs et inférieurs. Elle a également une surcharge pondérale significative depuis 1999. Les médecins du CPC ont commencé à prendre en charge la patiente en novembre 2007, à raison d'une séance hebdomadaire en moyenne. Sa souffrance psychosomatique s'aggrave progressivement. Les crises « somatisées » et les périodes de dépression sont de plus en plus rapprochées et surviennent presque toutes les semaines. La capacité de travail est nulle. Elle fréquente de moins en moins ses amies et a plutôt un contact régulier avec une de ses sœurs. La capacité de travail pourrait être améliorée, de l'ordre de 25 %, si la patiente adhère à deux séances de psychothérapie par semaine et arrivait à perdre du poids. Une réinsertion professionnelle serait salutaire, voire thérapeutique. Les médecins préconisent l'octroi d'une rente d'invalidité pour un taux d'incapacité de travail de 80 % pendant une durée d'environ cinq ans, accompagné d'une mesure de réinsertion professionnelle.
23. Selon le rapport du 23 novembre 2009 de la Dresse G_____, l'assurée est atteinte d'une fibromyalgie et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Elle suit la patiente depuis mars 2009. Celle-ci a encore été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana en 2009 pendant trois semaines. Elle constate par ailleurs 16 sur 18 points fibromyalgiques douloureux. L'assurée présente des douleurs généralisées et invalidantes pour les activités de la vie quotidienne. Son humeur est dépressive, elle est découragée et ressent une anxiété face à l'avenir. Le pronostic de cette praticienne est réservé pour la fibromyalgie. En ce qui concerne l'état dépressif, il dépendra de l'évolution des douleurs. La capacité de travail est nulle. Ses limitations sont d'ordre physique et psychique.

24. Du rapport du 18 novembre 2009 des Dresses F_____ et I_____, ainsi que de Monsieur M_____ du CPC ressort notamment que la recourante est incapable de faire son ménage toute seule et qu'elle fait appel à une amie marocaine pour l'aider. Depuis février 2008, son état de santé s'aggrave progressivement avec des crises "somatisées" et des périodes de dépression rapprochées, presque toutes les semaines, en particulier de mars à juillet 1999. Sa somatisation est généralisée, notamment aux membres inférieurs et supérieurs. Le pronostic pourrait être moyen à favorable si la recourante acceptait la poursuite de la psychothérapie pendant au moins trois ans et avec une étroite collaboration avec son médecin traitant. Une réinsertion professionnelle serait salutaire. Les soignants du CPC préconisent une rente d'invalidité partielle entre 75 et 80% pendant environ cinq années, à condition que la recourant suive une psychothérapie et une mesure d'insertion professionnelle.
25. Dans son avis médical du 14 décembre 2009, la Dresse J_____ du SMR relève que les médecins traitants de l'assurée ne font état d'aucune pathologie psychiatrique invalidante ni d'éléments en faveur d'une aggravation des atteintes psychiatriques par rapport à l'évaluation de la Dresse B_____. Le médecin du SMR estime par ailleurs que tous les symptômes étaient déjà observés en 2005, de sorte que les derniers rapports médicaux n'amènent aucun élément susceptible de modifier la précédente appréciation.
26. Par décision du 18 décembre 2009, l'OAI rejette la demande de prestations de l'assurée, en se fondant sur l'avis du SMR précité.
27. Par acte du 28 janvier 2010, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle conteste disposer d'une capacité de travail totale, dès lors que ses problèmes de santé se sont aggravés.
28. Dans son complément au recours du 3 mai 2010, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique, telle qu'attestée par le CPC et la Dresse G_____. Par ailleurs, elle relève un vice de forme de l'expertise effectuée par le Centre d'expertise médicale, dès lors que la Dresse B_____ n'était à l'époque pas spécialiste FMH en psychiatrie, alors même qu'elle a signé avec ce titre. La recourante estime aussi que cette expertise comporte une incohérence importante, dès lors qu'elle a retenu que la recourante était limitée pour le port de charges et qu'elle ne pouvait pas travailler plus que six heures par jour, tout en considérant qu'il n'y avait pas de diminution de rendement. Selon la recourante, l'expertise interdisciplinaire n'a donc pas été réalisée dans les règles de l'art. De surcroît, plus de cinq ans s'étant écoulés depuis cette expertise, elle est aujourd'hui obsolète. Partant, la recourante conclut préalablement à ce qu'une expertise médicale bidisciplinaire soit ordonnée, tout en persistant dans ses conclusions principales, sous suite de dépens.

29. Dans sa détermination du 22 juin 2010, l'intimé conclut au rejet du recours en reprenant sa précédente argumentation.
30. Par ordonnance du 7 septembre 2010, le Tribunal de céans met en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique et la confie au Dr K_____, psychiatre.
31. Selon le rapport du 27 octobre 2010 de cet expert, rendu sur la base du dossier complet de la recourante, des entretiens avec celle-ci de 2,5 heures, ainsi que des entretiens téléphoniques avec la Dresse G_____ et M. M_____, la recourante souffre d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, d'un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) et d'une accentuation des traits de la personnalité (immature et dépendante). Il rappelle les diagnostics somatiques suivants : endométriose, adhérences abdominales après nombreuses interventions chirurgicales gynécologiques, syndrome du tunnel carpien bilatéral, migraines, fibromyalgie et surcharge pondérale. L'expert explique à cet égard qu'il ne retient pas le diagnostic de somatisation chez cette personne dépressive qui peut de ce fait ressentir un syndrome douloureux de manière plus aigue, étant donné qu'elle souffre de douleurs abdominales dont l'origine est expliquée par une endométriose et des adhérences post-inflammatoires et post-chirurgicales, d'une fibromyalgie, d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral et d'une obésité morbide entraînant une surcharge articulaire. Il fonde le diagnostic de trouble panique sur le fait que la recourante décrit des crises d'angoisse, survenant trois à quatre fois par mois et se caractérisant par des difficultés respiratoires, une sensation d'oppression au niveau thoracique, des tremblements et une peur de mourir. A une reprise, la recourante a fait intervenir SOS-Médecins lors d'une crise. Dans l'appréciation, l'expert indique que la recourante est souriante et agréable dans le contact, ce qui donne l'impression d'une personne au fonctionnement psycho-relationnel adéquat. Ce n'est cependant que la première impression et par la suite elle paraît moins équilibrée et dysfonctionnelle sur le plan psychique. En ce qui concerne l'anamnèse, l'expert relève des inexactitudes contenues dans la partie psychiatrique de l'expertise du 28 juin 2005 du Centre d'expertise médicale à Genève. Il constate les erreurs suivantes : la mention que la recourante avait 25 ans en 1991, alors qu'elle est née en 1963, que le traitement pour stérilité et la grossesse extra-utérine avec fausse-couche a eu lieu durant le premier mariage, alors qu'il s'agit du second, que son compagnon l'a quitté 1999, alors que c'était en 1997, de sorte que l'état dépressif réactionnel de 2000 n'est pas uniquement en rapport avec une rupture sentimentale récente. Il critique aussi cette expertise en ce que la Dresse B_____ n'a pas mentionné les autres facteurs de stress (facture de téléphonie de 13'000 fr., tromperie par une amie, dénonciation puis perquisition de la police, expulsion de l'appartement et perte du logement), en qu'il y est indiqué que la recourante fait du vélo, ce qu'elle n'a jamais fait en Suisse, et qu'elle a réussi à s'insérer socialement après son effondrement en 1999, tout en précisant que le 3^{ème} mariage n'était qu'une tentative désespérée de réparer le vide laissé par la séparation du compagnon. Selon l'expert judiciaire, l'état dépressif de 1999 semble avoir été sous-estimé et correspondre à un

état dépressif sévère et non pas à une dépression modérée à moyenne, comme la Dresse B_____ l'a indiqué dans l'expertise. Il s'étonne d'ailleurs du diagnostic de somatisation retenu par cette psychiatre, alors que la recourante était à l'époque sous traitement antidépresseur et somnifères et que la Dresse B_____ rapportait des plaintes psychiques sous forme de tristesse importante de n'avoir pas pu réaliser son vœux de maternité, de sentiment de ne plus pouvoir rien faire et de désespoir. Au vu de la sévérité et la persistance des symptômes dépressifs, l'expert judiciaire estime qu'ils auraient dû faire l'objet d'un diagnostic de trouble dépressif ou anxieux séparé. Il explique également que la recourante présente un fonctionnement psychique rigide et une tendance à masquer ses problèmes, ce qui peut rendre parfois difficile le dépistage des symptômes. Probablement, elle s'exprime aujourd'hui plus facilement, après un suivi psychothérapeutique de trois ans. En 2005, il est également probable qu'elle avait encore quelques ressources à disposition et pensait pouvoir reprendre un travail, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Son état de santé actuel est le résultat d'un parcours difficile au bout duquel elle s'est effondrée et n'a plus l'espoir de se relever. La problématique dépressive existe depuis 1997, au plus tard depuis 1999, et est antérieure à la fibromyalgie. Le syndrome douloureux semble s'être généralisé dès 2002. Son état de santé est d'ailleurs fluctuant sur le plan psychique. Le déroulement d'une journée habituelle est extrêmement pauvre, sans aucune activité structurée. L'assurée ne regarde que la télévision, sans intérêt, Les bons jours, elle fait un peu de ménage et voit sa sœur deux fois par semaine. Quand elle va mal, elle reste au lit et ne se lave même plus tous les jours. Quant à ses relations sociales, elle ne voit plus que sa sœur cadette et parfois sa meilleure amie, en dehors des médecins. L'état psychique est caractérisé par un épuisement plus qu'une cristallisation. Quant à l'aggravation de l'état de santé, l'expert estime qu'il y a une nette aggravation en l'espace de cinq ans, si on se fonde sur les indications fournies par l'expertise du Centre d'expertise médicale de 2005. Toutefois, selon l'expert, l'état dépressif a été sous-évalué à l'époque et la recourante allait moins bien que ce qui est mentionné dans ce rapport, de sorte que l'aggravation par rapport à l'état actuel n'est en réalité que modérée. L'aggravation a été par ailleurs progressive. Enfin, de l'avis de l'expert judiciaire, la capacité de travail de la recourante est nulle, pour 2/3 en raison de l'épisode dépressif et des troubles paniques, et pour 1/3 à cause des atteintes somatiques (douleurs abdominales, fibromyalgie, migraines, douleurs liées au tunnel carpien). L'expert judiciaire n'a pas noté de discordance entre les douleurs décrites et le comportement de l'expertisée. Par ailleurs, ce ne sont pas celles-ci qu'il a perçues au premier plan, mais plutôt les nombreuses blessures affectives et narcissiques de la recourante. Il y a un contraste entre le sourire et la façade que l'expertisée présente, d'une part, et les souffrances qu'elle rapporte, d'autre part. Quant au traitement médical, il paraît adéquat. Le pronostic de l'expert est négatif au vu de l'état dépressif chronique et du manque de ressources personnelles de l'expertisée pour surmonter les divers deuils.

32. Le 19 novembre 2010 la Dresse J _____ du SMR se détermine sur l'expertise judiciaire. Du fait que l'expert a fait état d'incohérences ou de contradictions dans les faits rapportés par l'assurée ou ceux retrouvés dans le dossier, le médecin du SMR estime qu'il convient de prendre les informations non vérifiables de la recourante avec un certain recul. Il s'agit en outre d'un problème récurrent dans ce dossier, imputable partiellement à la recourante et non pas à l'expert. Elle s'étonne par ailleurs que l'expert judiciaire n'ait pas retenu un diagnostic concernant la sphère des troubles somatoformes douloureux. Par ailleurs, elle ne partage pas l'appréciation du Dr K _____, selon lequel la recourante souffrait déjà d'une dépression sévère en 2005. Selon la Dresse J _____, il y a des éléments qui ne parlent pas en faveur d'un état dépressif d'intensité moyenne (recourante souriante et qui s'exprime volontiers avec seulement un léger ralentissement psychomoteur, capable de partager le focus de l'attention initialement). On ne comprend d'ailleurs pas sur quoi l'expert se base pour retenir que l'expertisée a tendance à se montrer mieux qu'elle ne l'est réellement. Le médecin du SMR estime également que ce n'est pas tant le tableau clinique qui est mis en avant par l'expert judiciaire, mais l'idée d'une femme présentée en victime d'une succession de malheurs, de blessures affectives et narcissiques. Enfin, dans le contexte du tableau de douleurs chroniques, un diagnostic d'épisode dépressif moyen ne suffit pas pour établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisante, engendrant une incapacité de travail. Le trouble panique est également basé essentiellement sur des informations apportées par la recourante. Les facteurs déclenchant ne sont pas précisés; les crises et la fréquence ne sont pas non plus objectivées.
33. Dans sa détermination du 24 novembre 2010, l'intimé persiste dans ses conclusions en se fondant notamment sur l'avis médical de la Dresse J _____ précitée. Il ajoute qu'il est manifeste que tous les points litigieux n'ont pas fait l'objet d'une étude fouillée, de sorte qu'une pleine valeur probante ne peut être attribuée à l'expertise judiciaire. Ses conclusions ne sont pas non plus suffisamment motivées. De surcroît, cette évaluation constitue en réalité qu'une nouvelle appréciation de l'état de la recourante, dès lors que l'expert judiciaire estime qu'il n'y a pas vraiment eu d'aggravation, mais une sous-évaluation de la situation en 2005. Une révision n'est ainsi pas justifiée.
34. Par écriture du 25 novembre 2010, la recourante conclut à l'octroi d'une rente complète dès le 1^{er} mars 2008, en se fondant sur l'expertise judiciaire.
35. Sur ce, la cause est gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 1^{er} janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA).
3. Se pose en premier lieu la question de savoir s'il y a lieu d'examiner le présent recours sous l'angle de la révision ou comme étant dirigée contre un refus de la demande initiale.

a) Aux termes de l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils sont tenus d'enregistrer la date de réception et de les transmettre à l'organe compétent. L'art. 39 al. 2 LPGA prescrit que lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompetent, le délai est réputé observé. Selon l'art. 58 al. 3 LPGA, le tribunal cantonal des assurances doit transmettre le recours sans délai au tribunal compétent, lorsqu'il décline sa compétence. L'art. 39 al. 2 LPGA précité est également applicable analogie à la procédure de recours, conformément à l'art. 60 al. 2 LPGA. Ces dispositions ne sont que l'expression, en droit des assurances sociales, d'un principe général du droit administratif, reconnu par la doctrine, et consacré à maintes reprises par la jurisprudence (ATF du 11 mai 2009, 9C_1054/2008, consid. 2-1 ; ATF 102 V 75 consid. 1 ; VSI 1995 p. 199 consid. 3b et les références).

b) En l'espèce, l'intimé a rendu une première décision en date du 23 août 2005. Encore à l'intérieur du délai de recours de 30 jours, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations. Cette demande aurait dû être considérée comme un recours, dès lors qu'elle constituait manifestement une contestation de la décision de refus de prestation. Il aurait donc appartenu à l'intimé de transmettre cette demande au Tribunal de céans comme objet de sa compétence.

Le 19 décembre 2006, l'intimé a rejeté la deuxième demande et la recourante a demandé, également à l'intérieur du délai de recours, un délai supplémentaire pour démontrer son incapacité de travail. Elle a ainsi manifesté qu'elle n'était pas d'accord avec cette décision, estimant qu'elle était incapable de travailler. Cette

missive aurait aussi dû être transférée au tribunal de céans comme objet de sa compétence, en vertu des dispositions précitées.

Par la suite, l'intimé a refusé, par décision du 29 novembre 2007, d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante. Il est vrai que celle-ci n'a pas contesté cette décision dans le cadre du délai de recours. Il n'en demeure pas moins que ses précédentes contestations n'ont pas été transférées au tribunal de céans, en violation des dispositions légales susmentionnées.

Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que la dernière demande de prestations ne constitue en fait non pas une demande de révision, mais un recours contre toutes les décisions de refus de prestations, la recourante n'ayant jamais cessé de contester ces refus. Cela étant, il convient d'examiner le présent recours comme étant dirigé contre la décision de refus initiale, tout en prenant en considération l'évolution de l'état de santé de la recourante par la suite.

Est ainsi litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une incapacité de travail lui ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

4. 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). Aux termes de l'art. 7 al. 1er LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'art. 7 al. 2 LPGA n'a cependant pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais correspond à l'inscription dans la loi de la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7 p. 229 ss.). Enfin, selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).
5. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 et l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

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

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

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

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

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

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

7. 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).

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 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

c) 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).

Concernant un rapport d'examen signé par un médecin se prévalant faussement du titre FMH, le Tribunal fédéral a jugé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de ce médecin, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne entachaient la fiabilité de son rapport médical. Aussi, la juridiction

cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical d'une valeur probante affaiblie.

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).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. a) En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une première expertise par le Centre d'expertise médicale en avril et mai 2005. A l'époque, seul le diagnostic de somatisation a été retenu sur le plan psychique, sans répercussion sur la capacité de travail. Cependant, à la p. 11 de l'expertise, la Dresse B _____, expert psychiatre, a estimé que l'état de santé mentale de l'expertisée influençait faiblement sa capacité de travail et qu'elle était apte à travailler au moins à 80 %. Par ailleurs, la reprise d'une activité professionnelle adaptée pourrait avoir un impact thérapeutique. Dans les plaintes et dans les constatations subjectives, sur le plan psychiatrique, il est mentionné qu'elle souffre de douleurs du ventre, ainsi que d'une tristesse importante de n'avoir pas pu réaliser son vœu de maternité. A cela s'ajoutent des différentes douleurs de toutes les articulations, accompagnées du sentiment de ne plus pouvoir rien faire. Ces douleurs persistantes commencent à la faire désespérer. Au statut psychiatrique, il est noté qu'elle a quelques difficultés au niveau de la compréhension du français, nécessitant des simplifications ou la répétition de la question. Le discours est cohérent et structuré. La thymie est légèrement triste avec notion de pleurs fréquents. Il y a aussi une angoisse généralisée importante avec ruminations d'idées, sans attaque de panique, des troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, réveils nocturnes et réveils précoces, ainsi qu'un sommeil non réparateur. L'élan vital et l'appétit sont diminués. La notion de plaisir est cependant maintenue malgré une diminution de son

initiative pour les rencontres et fréquentations familiales. La concentration et la mémoire sont sans particularité. En consilium, les experts ont retenu que ses limitations actuelles proviennent principalement des douleurs abdominales limitant le port de charges et les positions debout prolongées. Au 2^{ème} plan se trouve un syndrome fibromyalgique dans le cadre d'une somatisation. En ce qui concerne l'endométriose, responsable des douleurs abdominales, il y a une part organique initiale due aux interventions abdominales multiples et aux adhérences. Néanmoins, les experts ont attribué le caractère algique continu à la somatisation, laquelle s'est greffée d'une part sur les douleurs abdominales et, d'autre part, s'est étendue pour aboutir à un syndrome de fibromyalgie. La situation est encore chargée par des facteurs non médicaux, à savoir des problèmes financiers. La capacité de travail est de six heures par jour dans une activité adaptée.

Il ressort par ailleurs du rapport du 29 mai 2007 du Dr E _____, gynécologue que l'examen clinique ne révèle rien de particulier sur le plan gynécologique et qu'il semble que le problème au premier plan est celui de l'état dépressif réactionnel au lourd passé médico-chirurgical de la patiente. La Dresse F _____ atteste le 19 janvier 2009 une fibromyalgie, voire une somatisation significative. Les restrictions physiques, mentales ou psychiques consistent en crises physiques généralisées. Le Dr H _____ et M. M _____ font état, dans leurs rapports du 3 septembre 2009, d'une aggravation de l'état sur le plan psychosomatique sous forme de "crises chroniques somatisées" mettant la recourante dans des limites humainement intolérables et handicapantes. Dans leurs rapports du 15 septembre et du 18 novembre 2009, les médecins du CPC indiquent que la recourante souffre d'une fibromyalgie, qui est l'expression de sa dépression chronique. Sa souffrance psychosomatique s'aggrave progressivement. Ils mentionnent des crises "somatisées" et des périodes de dépression de plus en plus rapprochées. Il y a également un retrait social. Une réinsertion professionnelle serait salutaire, voire thérapeutique. Ils préconisent par ailleurs l'octroi d'une rente invalidité sur la base d'un degré d'invalidité d'entre 75 et 80 % pendant une durée d'environ 5 ans, accompagné de mesures de réinsertion professionnelle. Quant à la Dresse G _____, elle a retenu le 23 novembre 2009 une fibromyalgie et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Les douleurs sont généralisées et invalidantes dans les activités de la vie quotidienne. L'évolution de l'état dépressif dépendra de l'évolution des douleurs.

Dans l'expertise judiciaire sont retenus un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, un trouble panique et une accentuation de traits de la personnalité (immature et dépendante). Le Dr K _____ écarte le diagnostic de somatisation, estimant implicitement que la souffrance physique de la recourante est objectivée, même si elle peut ressentir un syndrome douloureux de manière plus aiguë du fait du trouble dépressif. L'expert judiciaire estime par ailleurs que cette dernière atteinte a été sous-évaluée lors de l'expertise de 2005 et qu'il est probable qu'elle était déjà présente à l'époque. Dans les plaintes actuelles, l'expert judiciaire

fait état de douleurs qui se manifestent par des crises. La recourante se plaint d'une tristesse permanente. La vie n'a plus aucun sens pour elle et elle a peur de l'avenir. Elle ne fait rien pendant ses journées et ne retire plus de plaisir à faire ce qu'elle aimait faire dans le passé et n'a plus aucun intérêt. Son attitude est fataliste, dès lors qu'elle pense que les douleurs ne partiront jamais. Elle a souvent envie de mourir, mais sa religion interdit le suicide. Il ressort aussi de l'expertise judiciaire que l'isolement social s'est accentué, la recourante étant de surcroît divorcée de son dernier mari. Pour les raisons psychiques, l'expert judiciaire estime qu'elle est incapable de travailler à raison de 2/3. Compte tenu d'une incapacité de travail d'un autre tiers pour des raisons physiques, la capacité de travail est nulle.

Comme la recourante le fait valoir, la Dresse B_____ a signé avec un titre FMH, alors qu'elle ne le possédait pas encore à l'époque de l'expertise 2005. Conformément à la jurisprudence précitée, seulement une valeur probante affaiblie peut être attribuée au rapport de cette psychiatre. Néanmoins, il n'y a pas lieu de mettre en cause les constatations cliniques, ainsi que les plaintes de la recourante retenues dans l'expertise du Centre d'expertise médicale, la recourante ne semblant pas les contester. Certes, l'expert judiciaire met en évidence certaines erreurs. Cependant, il est également indiqué par la Dresse B_____ que le français de la recourante n'est pas parfait, qu'elle comprend parfois mal les questions, de sorte qu'il faut les répéter plusieurs fois. Ces erreurs doivent donc être plutôt attribuées à des problèmes de compréhension de la langue et des indications erronées de la recourante et non pas d à un manque de diligence des experts.

b) Il ne fait pas de doute que la recourante est affectée d'un trouble dépressif important. Cependant, il convient de déterminer si celui-ci est la cause de son incapacité de travail, conformément à l'avis de l'expert judiciaire, ou si la cause de cette incapacité est plutôt à rechercher dans la fibromyalgie et la somatisation.

A cet égard, en ce que le Dr K_____ a écarté le diagnostic de somatisation, estimant que les douleurs étaient objectivées, sa conclusion ne peut être suivie. En effet, ce n'est pas à l'expert psychiatre de déterminer quelles douleurs sont fondées sur un substrat organique, mais cela appartient aux spécialistes des maladies somatiques. Or, dans l'expertise de 2005, les médecins étaient arrivés à la conclusion que les douleurs ne pouvaient pas être intégralement expliquées par les atteintes physiques. Il convient également de rappeler, comme mentionné ci-dessus, que le Dr E_____ n'a pas non plus trouvé d'explication satisfaisante à ces douleurs, l'examen clinique ayant été sans particularité. Par ailleurs, il ressort du rapport des médecins traitants précités, que l'aggravation se situe essentiellement sur le plan psychosomatique et se manifeste par des crises somatiques rendant totalement incapable la recourante. A cela s'ajoute une fibromyalgie. Cela étant, avec l'intimé, le Tribunal de céans estime que l'expert judiciaire a omis à tort de mentionner le diagnostic de trouble somatoforme persistant ou de somatisation.

Sur la base des rapports des médecins traitants, il doit enfin être retenu que les troubles psychosomatiques et la fibromyalgie sont la cause principale de l'incapacité de travail. Cela étant, il convient d'examiner dans quelle mesure un caractère invalidant peut être reconnu à ces atteintes.

c) En premier lieu, il y a lieu de retenir que le trouble dépressif a précédé les troubles somatoformes, à savoir les douleurs généralisées dans toutes les articulations. En effet, la recourante souffre selon toute vraisemblance d'un trouble dépressif depuis la brusque séparation de son compagnon de vie en 1997. Néanmoins, elle arrive encore à travailler comme aide-jardinière d'enfant jusqu'en 1999. Toutefois, suite à la survenance d'autres facteurs déstabilisants en 1999 (facture de téléphone mobile de 13'000 fr., due à une tromperie par une amie, irruption de la police à son domicile, perte de son emploi, précarité et perte du domicile), elle s'effondre psychiquement et est hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana où le diagnostic de trouble de l'adaptation réactionnel avec dépression prolongée suite à un conflit conjugal avec séparation difficile est posée (cf. expertise du Centre d'expertise médicale p. 4). En 2001, elle se remarie, certes, mais n'aurait jamais aimé son second mari et cherchait uniquement à combler le vide laissé par son ami précédent, comme elle l'a déclaré à l'expert judiciaire. En 2005, la recourante fait l'objet de l'expertise du Centre d'expertise médicale. La Dresse B_____ mentionne que l'expertisée n'a jamais retrouvé un bien-être depuis 1999 et constate une thymie légèrement triste avec pleurs fréquents et une angoisse généralisée importante, en dépit de traitement antidépresseur. La recourante lui déclare également souffrir de troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement, réveils nocturnes et précoces avec un sommeil non-réparateur, d'une diminution de l'élan vital et d'un appétit diminué. A cela s'ajoute une diminution de l'initiative pour les rencontres et fréquentations familiales. Ce médecin ne pose néanmoins pas le diagnostic de trouble dépressif ni même de dysthymie, ce qui ne paraît pas convaincant au vu des constatations cliniques et des plaintes.

Or, les troubles somatoformes ne font leur apparition que dès 2002. Certes, la recourante commence à souffrir depuis 1986 de douleurs abdominales nécessitant cinq interventions chirurgicales qui ont progressivement aggravé les douleurs (p. 7 expertise du Centre d'expertise médicale). Toutefois, ces douleurs avaient un substrat organique et ne peuvent donc être qualifiées de somatoformes avant 2002, lorsqu'elles se répandent dans tout le corps.

Partant, il se justifie de poser le diagnostic séparé de trouble dépressif, celui-ci ne pouvant être considéré en l'espèce comme une simple manifestation d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux, même si les douleurs aggravent également l'état dépressif. Au moment de l'expertise judiciaire, ce dernier trouble était d'une sévérité moyenne. Il peut ainsi être admis que la recourante souffre d'une comorbidité psychiatrique importante du moins par sa durée. Quant à

son importance par sa gravité et son acuité de cette atteinte, elle est fluctuante. Toutefois, dès lors que ce trouble dépressif a abouti à deux reprises déjà à une hospitalisation, en 2000 et en 2009, cela peut également être admis.

En ce qui concerne le trouble panique retenu par l'expert judiciaire, le Tribunal de céans juge ce diagnostic peu convaincant, même si les déclarations de la recourante au Dr K_____ semblent pouvoir fonder un tel diagnostic. Elle a en effet décrit des crises d'angoisse, survenant trois à quatre fois par mois et se caractérisant par des difficultés respiratoires, une sensation d'oppression au niveau thoracique, des tremblements et une peur de mourir. Cependant, dans la mesure où ses médecins traitants n'ont jamais mentionné ce diagnostic, celui-ci paraît peu crédible sans explications complémentaires permettant de comprendre l'omission d'un diagnostic aussi important.

Il apparaît aussi que d'autres critères jurisprudentiels sont remplis. En effet, la recourante souffre d'affections corporelles chroniques, sous forme d'adhérences, étant précisé que l'endométriose ne devrait aujourd'hui plus jouer un rôle, les douleurs y liées se manifestant autour des menstruations (p. 12 expertise du Centre d'expertise médicale) et la recourante n'ayant plus de règles depuis 2007 (p. 10 expertise judiciaire). Il s'agit d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et d'un échec des traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art. Quant à sa vie sociale, en 2005, la Dresse B_____ a retenu que la notion de plaisir et ses activités sociales étaient maintenues. En 2010, même si la recourante n'a plus d'intérêt à rien, elle fréquente toujours sa meilleure amie et sa sœur. Le critère une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est donc pas rempli. Cependant, la recourante semble présenter un état psychiquement cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, dès lors que l'expert judiciaire estime que le traitement psychiatrique est adéquat. Il y a par ailleurs des éléments biographiques difficiles sous la forme d'une brusque séparation sentimentale, de nombreuses interventions chirurgicales et enfin une stérilité jamais acceptée, sur le fond de traits de personnalité immature et dépendante accentués.

Au vu de ce qui précède, un caractère invalidant doit être reconnu en l'occurrence à la fibromyalgie et à la somatisation.

En ce qui concerne l'influence sur la capacité de travail, il ressort de l'expertise du Centre d'expertise médicale que la recourante se sentait, en 2005, toujours capable d'exercer une activité professionnelle adaptée. Partant, il ne peut pas être retenu une incapacité de travail supérieure à celle retenue par cette expertise, à savoir 20%. La recourante ayant travaillé en dernier lieu à temps partiel (quatre demi-journées par semaine; cf. certificat de la garderie Le Petit Prince du 18.02.99), elle n'a donc pas subi une incapacité de travail de ce fait. Depuis lors, son état de santé s'est toutefois aggravé. En effet, il est attesté par les médecins du CPC que la recourante souffre depuis février 2008 de crises "somatisées" la rendant complètement incapable de

travailler. Tel est également l'avis de l'expert judiciaire. Partant, une incapacité de travail totale dans une activité professionnelle doit être admise depuis cette date et être prise en considération, en application de l'art. 88a al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201).

10. a) L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3).

Selon l'art. 27bis RAI, lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

b) En l'espèce, la recourante a déclaré en 2004 qu'elle aurait travaillé à 50% si elle était en bonne santé. Toutefois à l'époque elle était encore mariée. Or, elle est divorcée par jugement du 8 décembre 2008 et ne bénéficie d'aucune pension alimentaire. Partant, il y a lieu d'admettre qu'elle aurait travaillé à 100% par nécessité.

Par conséquent, il y a lieu d'évaluer son invalidité uniquement dans le cadre de l'activité lucrative.

Dans la mesure où, selon les médecins traitants et l'expert judiciaire, une incapacité de travail totale doit être retenue depuis février 2008, la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité entière après l'écoulement d'une année, soit depuis février 2009.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 18 décembre 2009 annulée. La recourante sera par ailleurs mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter de février 2009.
12. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
13. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 18 décembre 2009.
4. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} février 2009.
5. Condamne l'intimé à lui verser une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument de justice fixé à 200 fr., est mis 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

Irène PONCET

Maya CRAMER

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