

EN FAIT

1. Madame G _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970, de nationalité portugaise, a travaillé comme serveuse dès 1995 et jusqu'au 31 mars 2004. Elle s'est ensuite annoncée à l'assurance-chômage.
2. Le 4 mai 2005, l'assurée a déposé une demande d'orientation professionnelle auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant des douleurs aux lombaires, à la nuque et aux bras avec paralysie temporaire de ces derniers. Elle a fait état d'une totale incapacité de travail du 9 juillet 2004 au 31 janvier 2005 et d'une incapacité de 50% dès 1^{er} février 2005.
3. Dans un rapport daté du 22 mai 2005, le Dr L _____, généraliste FMH, a fait état d'un état anxieux et d'une fibromyalgie présents depuis le 9 juillet 2004 et ayant entraîné depuis cette date une incapacité totale de travail. Il a précisé que la patiente souffrait depuis plusieurs mois de douleurs polyarticulaires, d'une grande fatigue, de crises d'angoisse, d'insomnies et de tristesse. Les investigations entreprises à Belle-Idée en 2003 montraient une très forte possibilité que l'état de fatigue fût imputable à la fibromyalgie. Les imageries par résonance magnétique (IRM) n'avaient révélé aucune anomalie aux niveaux cervical et lombaire. Le médecin a encore précisé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, mais qu'on pouvait attendre de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité.
4. L'OCAI a confié un mandat d'expertise interdisciplinaire au Centre d'expertise médicale de Champel (COMAI).

Le Dr M _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH, et le Dr N _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, ont rendu leur rapport en date du 30 octobre 2006, en précisant s'être déterminés de façon consensuelle sur la quantification finale des limitations de la capacité de travail.

Les experts ont retenu à titre de diagnostic un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité moyenne à sévère (F41.2). Ils y ont ajouté, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome somatoforme douloureux persistant avec cervicalgies et lombalgies communes chroniques, des troubles dissociatifs de conversion (spasmophilie; F44) ainsi que de probables troubles de la personnalité (dépendance et immaturité; F60.7).

Les experts ont expliqué que l'assurée présentait environ depuis sept ans, après la naissance de son deuxième enfant, des crises de paresthésies et de faiblesse des membres supérieurs et inférieurs avec des lâchages et des sortes de malaises entraînant des chutes mais que cela ne l'avait toutefois pas empêchée de travailler. Après son licenciement, les chutes et les malaises avaient totalement disparu et avaient été

remplacés par des crises spastiques touchant essentiellement les membres supérieur et inférieur gauches.

A l'examen clinique, l'assurée avait présenté, parallèlement à une hyperventilation, une crise avec contraction spastique des membres supérieur et inférieur gauches.

Les experts n'avaient trouvé aucune pathologie somatique sous-jacente répondant à cette symptomatologie dont ils ont estimé qu'elle était d'origine psychogène. L'évaluation psychiatrique révélait la présence d'un état dépressif réactif d'intensité moyenne à sévère chez une assurée présentant fort probablement un trouble de la personnalité sous forme d'une personnalité dépendante et immature. L'épisode constaté lors de l'examen clinique pouvait être perçu comme une crise d'hyperventilation ou comme l'expression d'un trouble dissociatif, respectivement de conversion. Les experts ont dit avoir acquis la conviction que les crises spastiques étaient situées beaucoup plus près du conscient que de l'inconscient et que le trouble dépressif était surtout réactionnel à la situation conflictuelle du couple. Ils ont relevé que les bénéfices secondaires que l'assurée tirait de sa maladie étaient frappants et qu'elle les mentionnait elle-même sans détour. L'observation d'un changement radical de l'attitude envers les examinateurs en fonction de la présence ou non du mari relativisait beaucoup les constatations et les conclusions concernant l'intensité de l'état dépressif ainsi que le trouble de conversion.

Les médecins ont dit ne pas avoir pu démontrer d'atteintes sur le plan physique. Les crises spastiques se manifestaient plusieurs fois par semaine, voire par jour, à chaque contrariété, amenant des interruptions de l'activité qui pouvaient durer entre vingt minutes et deux heures.

Au plan psychique et mental, les experts ont conclu que les traits de personnalité immature et dépendante ne limitaient pas non plus l'assurée dans son fonctionnement. Il était difficile d'apprécier la limitation de l'état dépressif car l'assurée vivait dans un état qui ne lui semblait pas trop désagréable dont elle ne cherchait pas à s'extraire au plus vite. Au vu de l'anamnèse vérifiée auprès du médecin traitant et de leur examen clinique, les experts ont admis une limitation temporaire de la faculté de l'assurée à se projeter dans une vie avec activité professionnelle où elle serait certainement réduite dans sa performance. S'agissant de l'incidence des troubles sur l'activité exercée jusqu'alors, ils ont observé que l'assurée avait abandonné tous les travaux ménagers et s'était fait remplacer soit par les membres de sa famille, soit par une aide-ménagère qui venait tous les jours. Objectivement, ils ont admis une interruption forcée de toute activité pendant les accès spastiques. Ils ont relevé que l'assurée possède un appareil locomoteur et neurologique entièrement intact, mais qu'elle réagit apparemment à chaque contrariété par le déclenchement d'une crise spastique qui met en échec tous les essais de réinsertion.

Les experts ont conclu que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible depuis l'apparition de la spasmophilie, en avril 2004. Ils ont ajouté que l'assurée n'était pas capable de s'adapter à un environnement professionnel, mais qu'après un traitement psychiatrique, il fallait s'attendre à ce qu'elle retrouve cette capacité.

5. Dans un rapport du 6 décembre 2006, le Dr O _____, anesthésiologue FMH et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a conclu, sur la base du rapport d'expertise, que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé physique, que le trouble anxieux et dépressif était secondaire aux douleurs et devait être analysé dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux, et qu'enfin, aucun des critères jurisprudentiels permettant de reconnaître un caractère invalidant à ce trouble n'était rempli. Il en a tiré la conclusion que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle surmontât ses douleurs pour mettre en valeur sa capacité de travail, d'autant plus que, selon les experts, ses ressources propres devaient être considérées comme intactes. En définitive, il a conclu à l'absence d'incapacité de travail de longue durée invalidante au sens de l'assurance-invalidité.
6. Par décision du 22 février 2007, l'OCAI a refusé l'octroi de mesures d'orientation professionnelle. Il a considéré que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé physique, que son trouble anxieux et dépressif était secondaire aux douleurs et devait être analysé dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux et qu'aucun des critères posés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître un caractère invalidant n'était rempli.
7. Le 28 mars 2007, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a informé le Tribunal qu'au vu des opinions médicales contradictoires à son sujet, elle avait confié un mandat d'expertise au Dr P _____, psychiatre et psychothérapeute FMH.
8. Le 29 juin 2007, l'assurée a produit le rapport rédigé par le Dr P _____ en date du 7 mai 2007.

Ce dernier a diagnostiqué un trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants et immatures (F61.0), un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1), des troubles moteurs dissociatifs (F44.4) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Il a constaté que l'assurée présentait une régression massive avec dépendance totale pour les activités de la vie quotidienne dont il était difficile de comprendre les mécanismes psychiques en dehors d'une immaturité affective massive. Il a expliqué qu'elle présentait un trouble de la personnalité avec des traits dépendants et immatures en raison de sa dépendance à l'égard de son mari, due à sa régression actuelle et au fait qu'elle jouait toujours à la poupée. Il a écarté le diagnostic de trouble mixte anxieux et dépressif au motif que la symptomatologie présentée par l'assurée dépassait très clairement et très largement les symptômes mineurs réclamés par la

CIM-10. Il a observé que si le trouble de la personnalité n'avait pas été invalidant durant de nombreuses années, il jouait désormais, vraisemblablement, un rôle aggravant pour l'ensemble de la symptomatologie ce qu'il l'avait amené à ne pas distinguer entre les diagnostics jouant un rôle dans l'incapacité de travail de ceux n'y tenant aucun rôle.

Le Dr P_____ a émis l'avis que les troubles spastiques constituaient très vraisemblablement un trouble dissociatif. Il a souligné que même s'il y avait vraisemblablement des aspects démonstratifs dans l'expression symptomatologique, il ne s'agissait pas d'une simulation. Ce trouble dissociatif, particulièrement difficile à traiter, jouait un rôle invalidant. Selon lui, le trouble de la personnalité dont souffrait l'expertisée était très vraisemblablement responsable en bonne partie des attitudes contre-transférentielles qu'elle induisait chez les examinateurs.

Le médecin a conclu à l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle, au motif qu'il existait une comorbidité psychiatrique importante sous forme d'un trouble de la personnalité, d'un épisode dépressif et de troubles moteurs dissociatifs ; l'incapacité de travail était due à l'ensemble de cette symptomatologie.

9. A également été versé à la procédure un rapport établi par le Prof. Q_____, neurologue FMH, et par la Dresse R_____, spécialiste en médecine interne FMH. Ces derniers ont conclu que le phénomène clinique présenté par l'assurée correspondait à une dystonie paroxystique. Ils ont précisé que les épisodes de crispation douloureuse survenaient une à trois fois par jour, parfois la nuit. Au vu de l'absence d'anomalie constatée lors des examens, ils ont estimé que le diagnostic d'une maladie démyélinisante ou inflammatoire était improbable. Ils ont émis l'avis qu'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique était indispensable.
10. Le 4 octobre 2007, le Tribunal a procédé à l'audition des Drs P_____, L_____, S_____, neurologue FMH, et R_____.

Le premier a expliqué avoir conclu à une totale incapacité de travail en raison de l'état régressif important de la patiente, de son trouble dissociatif, de son état de santé manifestement maladif et du fait que toutes ses tentatives de réinsertion avaient échoué. S'agissant du diagnostic d'état dépressif moyen, le Dr P_____ a précisé que les critères diagnostiques les plus importants étaient les troubles du sommeil, le manque de plaisir et la diminution de la libido. Il était difficile de faire une distinction entre les différents diagnostics s'agissant de l'incapacité de travail car ils jouaient tous un rôle, direct ou indirect. A titre d'exemple, le trouble de la personnalité n'était pas directement invalidant puisqu'il était présent depuis l'adolescence, mais il jouait sans doute un rôle aggravant dans toute la symptomatologie. On pouvait ainsi penser que le trouble moteur dissociatif était en lien avec le trouble de la personnalité. L'état dépressif n'était pas consécutif aux douleurs, qui en étaient plutôt l'expression.

Pour sa part, le Dr L_____ a indiqué que les douleurs et l'état dépressif étaient apparus simultanément en 2004 et qu'ils étaient inextricablement mêlés. Le second pouvait également se nourrir du conflit de couple. Il n'avait pas pu constater d'état régressif, car sa patiente était toujours venue à son cabinet accompagnée de son époux qui s'exprimait prioritairement. Par conséquent, il ne disposait que de peu d'éléments venant directement de l'assurée.

Quant au Dr S_____, il a précisé avoir adressé la patiente au Prof. Q_____, spécialisé dans les mouvements involontaires, qui avait procédé à une batterie d'examen neurologiques n'ayant pas permis de conclure à une pathologie précise. Il n'en demeurait pas moins que la patiente souffrait objectivement de crispations musculaires plus marquées à gauche dont l'origine n'avait pu être trouvée. Il avait examiné la patiente à onze reprises, toujours accompagnée de son époux. Il avait personnellement assisté aux crises spastiques sous forme de torsion du pied gauche vers l'intérieur et de crispation du poing gauche, à tel point que les ongles pénétraient dans la paume. Ces crises survenaient lorsque la patiente était stressée et pouvaient durer plusieurs minutes. Le médecin a dit ne pas avoir d'explication neurologique précise à ce phénomène. Selon lui, il s'agirait de l'expression d'un problème psychique et la patiente n'est pas consciente de ce qu'il lui arrive. En tout cas, elle ne simule pas et n'est pas démonstrative. D'un point de vue strictement neurologique, il n'y a pas d'incapacité de travail mais si l'on considère l'état de la patiente dans sa globalité, sa capacité était certainement atteinte sans que le témoin ait pu indiquer dans quelle mesure.

La Dresse R_____ a expliqué avoir personnellement assisté à une crise importante et manifestation douloureuse qui avait duré 15 à 20 minutes. Elle a précisé que de tels symptômes pouvaient être simulés mais que cette éventualité ne lui avait pas effleuré l'esprit dans le cas de l'assurée. Elle avait été fortement impressionnée par la crise à laquelle elle avait assisté. Elle avait constaté que la patiente était véritablement figée dans une posture et que ses membres ne pouvaient être bougés, à tel point que les médecins étaient convaincus de trouver une origine organique à ces troubles. Ce n'était que parce que les examens s'étaient révélés négatifs qu'ils avaient finalement conclu à une maladie dissociative, au vu également de l'ensemble de la situation psychique. Un suivi psychothérapeutique et des séances d'hypnose avaient été préconisés et, dans ce cadre, la patiente avait été vue par le Dr T_____, neurologue. En outre, des troubles psychologiques (grande dépression, anxiété, pleurs et passivité) avaient été mis en évidence. La Dresse R_____ a précisé que les crises décrites comme quotidiennes étaient souvent provoquées par une activité ou une contrariété mais que, selon la patiente, elles pouvaient également survenir de nuit.

11. Dans son arrêt du 24 avril 2008 (ATAS/518/2008), le Tribunal de céans a reconnu une valeur probante au rapport d'expertise du COMAI au motif que les diagnostics retenus par les experts concordaient avec ceux posés par les Drs L_____ et

S_____. En revanche, les explications données par le Dr P_____ pour poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen en lieu et place de celui trouble anxieux et dépressif ne lui avaient pas paru convaincantes, d'autant que le médecin n'avait pu énoncer que trois critères diagnostiques. Cette appréciation insuffisamment étayée ne permettait pas de s'écarter de l'avis des experts du COMAI. Le Tribunal avait relevé que, quoiqu'il en soit, aucun de ces diagnostics ne constituait une comorbidité suffisante au sens de la jurisprudence et que seul le trouble dissociatif pouvait éventuellement constituer une comorbidité psychiatrique importante puisque les neurologues et le médecin traitant l'avaient considéré comme invalidant. Cependant, le rapport d'expertise du COMAI était contradictoire sur ce point puisqu'il concluait à une incapacité de travail d'au moins 20% depuis l'apparition de la spasmophilie en avril 2004 tout en faisant figurer le trouble dissociatif parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ; en réalité, aucun des médecins consultés ne s'était prononcé précisément sur la répercussion de ce trouble sur la capacité de travail de l'assurée. Considérant qu'il était indispensable de déterminer la gravité de ce trouble dissociatif de conversion et de savoir s'il devait ou non être considéré comme une comorbidité importante - car les autres critères permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux n'étaient pas réunis -, le Tribunal a admis le recours et renvoyé la cause à l'OCAI pour complément d'instruction afin de déterminer la gravité des troubles moteurs dissociatifs et la mesure dans laquelle ces derniers influençaient la capacité de travail de l'assurée.

12. En exécution du jugement cantonal, l'OCAI a mis en oeuvre, le 29 août 2008, une expertise auprès du Dr U_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, en lui demandant de répondre à son questionnaire standard psychiatrique.
13. Dans son rapport du 10 novembre 2008, l'expert a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), des autres troubles spécifiques de la personnalité (immature et infantile; F60.8) et des troubles dissociatifs de conversion (F44). L'expert a jugé que ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Le comportement de l'assurée ainsi que son fonctionnement psychique - avec notamment des oublis et des contradictions - faisaient penser à un trouble dissociatif de conversion appelé aussi hystérie. Les signes anxieux et dépressifs constatés lors de l'examen correspondaient à un trouble mixte anxio-dépressif qui ne constituait pas une entité nosologique indépendante mais plutôt l'évolution naturelle d'un trouble somatoforme. Chez l'assurée, la régression psychique était trop importante en intensité ainsi qu'en durée ce qui empêchait sa participation active et énergique au processus thérapeutique. L'expert a relevé qu'on retrouvait fréquemment cette attitude chez les personnes présentant des troubles dissociatifs favorisant la fixation dans un comportement de malade et d'invalidité avec les nombreux bénéfices secondaires de la maladie.

L'expert a estimé qu'il n'y avait pas de véritable comorbidité psychiatrique puisque le trouble anxio-dépressif était inclus dans l'évolution du trouble somatoforme alors que, dans le trouble dissociatif, il y avait une composante de volonté psychique à rester malade. Selon lui, l'assurée avait des ressources psychologiques pour faire face à la réalité quotidienne. L'expert a relevé qu'elle avait arrêté l'antidépresseur sans qu'elle ait pour autant développé des symptômes clairs et nets d'un état dépressif.

L'expert a considéré qu'au vu de l'examen clinique et de l'étude du dossier, il n'y avait pas de maladie psychique ou de trouble de la personnalité provoquant une atteinte à la santé telle qu'elle justifierait une incapacité de travail. Les troubles moteur dissociatifs étaient en lien étroit avec les émotions de l'assurée et si cette dernière mobilisait ses ressources psychiques, elle pouvait sortir du comportement maladif dans lequel elle se trouvait.

L'expert a conclu à l'absence de limitation en relation avec les troubles constatés tant du point de vue psychique que social.

14. Le 28 novembre 2008, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant sa demande de prestations.
15. Par courrier du 13 janvier 2009, l'assurée a contesté ledit projet, alléguant que lorsqu'elle avait souffert d'une crise spastique en cours d'examen, l'expert l'avait purement et simplement expulsée de son cabinet en la traitant de simulatrice. Elle a reproché à l'expert de n'avoir pas procédé à un test de Hamilton et DMRS et de ne pas avoir exposé les motifs qui l'avaient conduit à se distancer des diagnostics posés antérieurement, notamment par les Dr N_____ et P_____, ni les raisons qui l'avaient conduit à conclure que le trouble dissociatif serait sans incidence sur sa capacité de travail.
16. Par décision du 2 février 2009, l'OCAI a confirmé son refus de prestations.
17. Par acte du 4 mars 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Elle conclut, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pratiquée dans un établissement médical public, principalement, au versement d'une rente entière d'invalidité dès le mois de décembre 2005 avec intérêts 5% dès le 1^{er} janvier 2006.

La recourante reprend les arguments déjà développés dans ses observations à l'encontre du projet de décision. Elle allègue au surplus que le rapport d'expertise du Dr U_____ contient des contradictions flagrantes puisqu'il dit n'avoir constaté aucun trouble de l'attention, de la compréhension ou de la mémoire d'anciens souvenirs mais admet plus loin avoir été frappé par l'oubli de certains événements. La recourante reproche à l'expert de s'être fondé sur des préjugés et soutient que son rapport, dénué de tout sérieux scientifique, ne doit se voir reconnaître aucune valeur probante.

18. Dans sa réponse du 2 avril 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il relève que la recourante se borne à se référer à des rapports médicaux dont le Tribunal a déjà jugé qu'ils étaient insuffisants. Il soutient que le rapport d'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante et souligne que la recourante semble vouloir se substituer à l'expert pour effectuer sa propre expertise de son état de santé.
19. Dans sa réplique du 5 mai 2009, la recourante maintenu que l'expertise du Dr U _____ est insuffisante dans la mesure où l'expert n'a pas expliqué pour quelles raisons il avait conclu qu'elle rechercherait des bénéfices secondaires et qu'elle aurait des ressources psychiques suffisantes pour sortir de sa situation actuelle, qu'elle est incomplète et qu'elle ne prend pas suffisamment en considération ses plaintes, ce dont elle veut pour preuve que la rubrique relative à celles-ci ne comporte que sept lignes.
20. Dans sa duplique du 2 juin 2009, l'intimé a fait remarquer que les tests de Hamilton et DMRS sont basés sur des données subjectives et sont insuffisants à eux seuls pour poser un diagnostic sans être corrélés à l'anamnèse, au status et à l'examen clinique de la recourante.

EN DROIT

1. Le Tribunal de céans a déjà examiné la question de sa compétence et du droit applicable dans son arrêt du 24 avril 2008 (ATAS/518/2008) de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points.
2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours interjeté le 4 mars 2009 contre la décision reçue par la recourante le 4 février 2009 l'a donc été en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité et en particulier sur le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.
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). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 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. 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 396 consid. 5.3.2).

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. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; voir aussi ATFA non publié I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1 et les références). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2).

6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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. Ainsi, 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 long-

temps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

7. A titre préalable, il convient de rappeler que, dans son arrêt du 24 avril 2008 (ATAS/518/2008), le Tribunal de céans a admis la valeur probante du rapport du COMAI du 30 octobre 2006 tout en retenant qu'il existait une contradiction quant à l'aspect incapacitant des troubles dissociatifs puisque les experts mentionnaient ce diagnostic comme étant sans incidence sur la capacité de travail tout en signalant une diminution de la capacité de travail d'au moins 20% depuis la date d'apparition de ces troubles. C'est la raison pour laquelle le Tribunal a requis un complément d'instruction ne comportant que sur l'importance de ces troubles et leur incidence sur la capacité de travail de la recourante. Il a également considéré que le rapport d'expertise du Dr P _____, daté du 7 mai 2007, ne permettait pas de mettre en doute les conclusions des experts du COMAI et qu'indépendamment de la question du trouble dissociatif, la recourante ne présentait pas de comorbidité psychiatrique suffisamment importante, ni ne réalisait les diverses conditions jurisprudentielles permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux.

Par conséquent, il convient uniquement d'examiner si l'expertise du Dr U _____ répond à la seule question qui doit encore être tranchée, à savoir l'importance des troubles dissociatifs et leur incidence sur la capacité de travail de la recourante.

Dans son rapport du 10 novembre 2008, le Dr U _____ a notamment diagnostiqué des troubles dissociatifs de conversion et conclu à l'absence de limitation en relation avec les troubles constatés tant du point de vue psychique que social ainsi qu'à l'absence d'incapacité de travail. Il a considéré que la recourante semblait être structurée à la manière d'une personnalité immature et infantile, mais en ayant des ressources psychologiques suffisantes pour s'adapter à la réalité quotidienne. Lors de son examen clinique, l'expert dit avoir constaté que la recourante n'avait pas bougé de son fauteuil pendant toute la durée de l'entretien malgré ses plaintes de douleurs ubiquitaires et qu'à la fin de celui-ci, elle avait eu un spasme musculaire du bras et du pied gauches qui lui avait paru assez démonstratif. Selon lui, ce spasme avait certainement été déclenché par une forte émotion provoquée par une de ses questions concernant ses attentes face à l'OCAI. Selon la CIM-10, ces troubles dissociatifs avaient en commun une perte en tout cas partielle des fonctions normales d'interprétation des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates ainsi que du contrôle des mouvements corporels. L'altération de

ce contrôle était consciente ainsi que sélective et son importance pouvait varier d'un jour à l'autre, voire d'une heure à l'autre.

Le rapport d'expertise contient une anamnèse complète et un condensé des renseignements tirés du dossier. Il fait état des indications subjectives données par la recourante, notamment de ses plaintes et du résultat des observations faites au cours de l'examen clinique. Il procède à une discussion de l'ensemble des renseignements recueillis et à une appréciation de la capacité résiduelle de travail. De plus, ses conclusions sont motivées en tant que, notamment, il explique pourquoi il ne retient pas d'incapacité de travail au vu des constatations cliniques. Enfin, il répond aux questions de l'importance du trouble dissociatif et de son incidence sur la capacité de travail de l'expertisée.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, le Dr U_____ explique également en quoi elle dispose de ressources psychiques suffisantes pour surmonter ses douleurs et recherche des bénéfices secondaires. En effet, il précise que les troubles moteurs dissociatifs dépendent étroitement des émotions de la recourante et que si elle mobilisait ses ressources psychiques, elle pourrait sortir du comportement maladif dans lequel elle se trouve. L'expert a fait cette constatation lors de l'entretien qu'il a eu avec l'expertisée et, de plus, cette conclusion est confirmée par son examen des divers critères jurisprudentiels permettant d'apprécier si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. Or, lesdits critères consacrés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux ou de fibromyalgie sont 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 (ATFA non publié I 315/06 du 30 mars 2007, consid. 3.2). De surcroît, dans leur rapport du 30 octobre 2006, les experts du COMAI avaient déjà observé que les ressources propres de la recourante devaient être considérées comme intactes, malgré ses traits de personnalité immature et dépendante.

S'agissant de la recherche de bénéfices secondaires, le Dr U_____ explique qu'on retrouve fréquemment une régression psychique trop importante en durée et en intensité chez les patients qui présentent des troubles dissociatifs favorisant la fixation dans un comportement de malade et d'invalidité avec les nombreux bénéfices secondaires de la maladie (se soustraire à des relations frustrantes, éviter les obligations liées au travail, fuir dans l'imaginaire et la pensée magique, être reconnu comme malade par l'entourage, être materné). Chez la recourante, l'expert a objectivé un tel comportement de fuite dans l'imaginaire qui ressort également du rapport d'expertise du Dr P_____, lequel avait constaté que la recourante jouait toujours à la poupée malgré son âge. Au demeurant, les experts du COMAI avaient déjà relevé dans leur rapport du 30 octobre 2006 que les bénéfices se-

concordantes que la recourante tirait de sa maladie étaient frappants et qu'elle les mentionnait elle-même sans détours.

Le grief de rapport incomplet au motif que l'expert n'a pas procédé à des tests psychologiques est tout aussi infondé. En effet, de tels tests concernent non le diagnostic de trouble dissociatif, mais celui de trouble anxio-dépressif, lequel a déjà été examiné par le Tribunal de céans dans son arrêt du 24 avril 2008 (ATAS/518/2008). De plus, la mise en œuvre de tels tests n'est pas une condition nécessaire pour admettre ou non la valeur probante d'une expertise puisqu'il appartient à l'expert de déterminer les méthodes d'investigation les plus opportunes dans le cadre du mandat qui lui est confié. Dès lors, la quantification des résultats de ces tests ne constitue pas davantage une telle condition. En outre, une majorité d'auteurs considère que les tests psychologiques ne représentent qu'un complément d'examen clinique (voir Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in : Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905 et ss). Or, dans le cas de la recourante, c'est exactement ainsi que l'expert a procédé puisqu'il a précisé que les résultats des tests correspondaient avec son impression clinique (ATFA non publié I 145/06 du 6 septembre 2006, consid. 4.2).

La recourante reproche à l'expert de ne pas avoir pris en considération toutes ses plaintes puisque le rapport d'expertise ne contient que sept lignes sur cette question. On ne voit pas en quoi la longueur de cette rubrique permettrait d'admettre ou non qu'un rapport est complet puisque l'importance de ce point dépend des qualités de synthèse de l'expert. De plus, la recourante ne mentionne pas quelles plaintes l'expert aurait omis de prendre en considération. Au demeurant, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité, entière ou partielle (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). Par conséquent, c'est à juste titre que l'expert a relativisé les plaintes de la recourante en se fondant sur les observations faites lors de son examen clinique, soit sur des éléments objectifs seuls pertinents dans ce type d'appréciation car l'importance de l'invalidité alléguée ne transparaît guère des éléments objectifs recensés dans l'expertise. (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; arrêt I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b).

La recourante fait également grief à l'expert de n'avoir eu qu'une brève discussion avec elle. Ce grief est également infondé puisque la durée de l'examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref. La durée d'observation n'entre pas dans les critères retenus par la jurisprudence pour reconnaître un caractère probant à une expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4).

S'agissant des contradictions que le rapport d'expertise contiendrait, le fait que le Dr U_____ n'ait pas constaté de trouble de l'attention, ni de la mémoire de souvenirs anciens n'est pas contradictoire avec l'« oubli » de certains événements (divorce). En effet, dès lors que l'expert a utilisé des guillemets, il fait référence à un oubli au sens psychiatrique du terme, à savoir d'événements douloureux qui est un processus psychologique permettant de faire plus facilement le deuil d'un tel événement et qui n'a aucun rapport avec la mémoire ou l'attention.

Enfin, le fait que l'expert aurait expulsé la recourante de son cabinet au motif qu'elle simulait n'est pas vraisemblable. Dans son rapport d'expertise, le Dr U_____ relate que la recourante a eu un spasme musculaire du bras et du pied gauches en fin d'entretien. Cette précision démontre que si l'entretien a alors pris fin, c'est vraisemblablement parce que l'expert n'avait plus de questions à poser. Au demeurant, si les faits s'étaient déroulés comme le soutient l'assurée, on peut penser qu'elle n'aurait pas attendu le projet de décision de l'OCAI du 28 novembre 2008 pour contester l'attitude de l'expert et l'aurait fait au sortir de son cabinet, le 27 octobre 2008.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il n'existe aucun motif justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr U_____ s'agissant de l'importance du trouble dissociatif et de son incidence sur la capacité de travail. Dès lors, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise (cf. appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a et 119 V 344 consid. 3c).

Or, selon le rapport d'expertise, la recourante présente un phénomène d'amplification des symptômes chez une patiente très démonstrative qui permet de conclure, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50 ; ATF non publié 9C_45/2007 du 25 septembre 2007, consid. 5.2.2). Aussi, le Tribunal retiendra que ledit trouble ne constitue pas une comorbidité suffisamment importante pour retenir le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux et que, malgré ce dernier, la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans l'activité de serveuse de sorte qu'elle n'a pas droit à une rente d'invalidité. En effet, s'il est vrai que les experts du COMAI estimaient que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible en raison de l'apparition de la spasmophilie en 2004, il s'avère que cette affection n'est en définitive pas incapacitante.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

**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 du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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