

EN FAIT

1. Madame P_____, née en 1965, d'origine portugaise et mère d'un enfant né en 2002, est entrée en Suisse en 1996. Depuis 2003, elle a travaillé chez X_____, en dernier lieu au secteur du tri à raison de 21 heures par semaine, pour un salaire de 28'188 fr. brut dès le 1^{er} janvier 2006. Un contrat de conciergerie était en outre à son nom jusqu'en 2006.
2. Par demande reçue le 29 mai 2006, elle requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
3. Dans son rapport médical du 8 juin 2006, la Dresse A_____, rhumatologue, diagnostique une fibromyalgie, des lombalgies chroniques et un état dépressif. Elle atteste une incapacité totale de travailler depuis le 21 septembre 2005. La patiente souffre de douleurs lombaires basses chroniques depuis quatre à cinq ans, en barre, irradiants jusqu'au pied gauche. La douleur est évaluée à 7-8/10 avec une faiblesse des membres inférieurs gauches. Les douleurs sont diminuées par la prise de paracétamol. Elle se plaint également de douleurs ostéo-articulaires diffuses (rachis cervical, épaules, coudes, genou gauche, chevilles) migrantes dont la survenance est imprévisible, sans facteur déclenchant. Les symptômes sont accompagnés de céphalées bitemporales, d'épigastalgies et d'un colon irritable. L'activité exercée jusqu'à présent n'est plus exigible, ni aucune autre. Le médecin pense toutefois que la patiente pourrait reprendre le travail dans une activité permettant l'alternance des positions et sans mouvements répétitifs. Elle a toujours beaucoup aimé son travail et était parfaitement intégrée. L'activité actuelle n'est pas adaptée en raison de l'usage répétitif du membre supérieur droit pour le triage du courrier et le port de charges répétitif. L'assurée est également limitée dans les activités ménagères usuelles (poussière, repassage, aspirateur). La Dresse A_____-ZEMP relève aussi une intolérance au bruit. La motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel est bonne.
4. Dans son rapport du 5 juillet 2006, la Dresse B_____, psychiatre, émet les diagnostics de fibromyalgie, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans signes psychotiques, syncopes d'origine inconnue et de suspicion d'un trouble affectif bipolaire. La capacité de travail est nulle. Ce médecin suit la patiente depuis le 2 décembre 2005. Elle mentionne que, vers l'âge 16-18 ans de la patiente, des "malaises" apparaissent, parfois accompagnés de pertes de connaissance, avec blessures, précédés par la vision trouble, transpiration et rigidité. Elle aurait fait un bilan neurologique au Portugal qui confirmerait une épilepsie. Les malaises continuent à se manifester à raison de plusieurs fois par année. Plusieurs intervenants auraient posé le diagnostic d'attaque de panique. La dernière perte de connaissance date de cette semaine. En 2000, une fatigue et des angoisses importantes apparaissent, en même temps que l'augmentation du

nombre de "crises". La patiente a été traitée par la flucitine pendant deux ans. En 2004, une fatigue, des angoisses et un trouble du sommeil réapparaissent et sont traités par antidépresseur pendant plusieurs mois. En septembre 2005, après un retour de vacances, elle commence à souffrir de douleurs du dos, puis de douleurs multiples, invalidantes, accompagnées de troubles du sommeil importants. La patiente présente aussi une fatigue permanente, une irritabilité, un manque de plaisir et de l'intérêt, ainsi qu'une thymie triste. Elle est sous antidépresseurs depuis le début de la maladie. Le médicament a été changé deux fois depuis le début 2006, sans grand résultat thérapeutique. Depuis mars 2006, elle prend un antidépresseur tricyclique avec adjonction de petites doses de Ciprexa. Il y a une légère amélioration de la thymie et du trouble du sommeil, mais les douleurs et la fatigue persistent. La Dresse B_____ relève par ailleurs qu'il est difficile de dire si l'état dépressif a contribué ou aggravé la sensation de fatigue et les douleurs. Il semblerait que les symptômes dépressifs se soient manifestés après. Enfin, il y avait probablement des périodes d'hyperthymie. Toutefois, seulement un suivi à long terme pourrait confirmer ou infirmer le diagnostic de trouble bipolaire. La capacité de travail est nulle dans n'importe quelle activité.

5. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assurée, celle-ci déclare, le 20 décembre 2007, qu'elle aurait travaillé à 50 %, sans atteinte à la santé.
6. En novembre 2007, l'assurée est soumise à une expertise psychiatrique par le Dr C_____. Dans son rapport du 10 janvier 2008, ce médecin pose les diagnostics de dysthymie avec attaques de panique pauci-symptomatiques légères sans agoraphobie, d'une personnalité immature avec traits histrioniques. Il relève par ailleurs une mauvaise observance du traitement. L'expert procède à un certain nombre de tests psychométriques. Dans l'hétéro-évaluation (Hamilton 17), l'expertisée présente une dépression légère, alors que dans l'auto-évaluation (Beck 13 et 21, le dernier en version portugaise), le score témoigne d'une dépression sévère. L'anxiété-état est par ailleurs très élevée et l'anxiété-trait élevée. Quant au test Symptom Check-List SCL-90 R, il donne des scores fortement pathologiques pour tous les facteurs, y compris les traits psychotiques, sauf pour les traits paranoïaques. Toutefois, selon l'expert, ces tests n'ont qu'une valeur indicative, en raison des limitations linguistiques de l'assurée. Quant à la mauvaise concordance entre le test Hamilton 17, d'une part, et le Beck 13 et Beck 21, d'autre part, il estime que cela témoigne d'une majoration des plaintes. Les résultats du test SCL-90 R vont dans le sens d'une tendance à la dramatisation. A l'examen clinique, il relève que l'assurée se déplace sans limitations et ne paraît pas dolente. La mimique est plutôt souriante, elle ne paraît pas particulièrement émotive et ne pleure pas durant l'entretien. Elle s'exprime par ailleurs avec aisance en français et l'intelligence est normale. Quant au déroulement de ses journées, elle indique qu'elle aide le matin son fils à aller à l'école et l'y amène ensuite avec son époux. Elle s'occupe

des commissions, du ménage et de la cuisine à son rythme. Selon l'expert, les douleurs sont surinvesties, décrites comme "j'ai mal partout". Plus loin, l'expert note que l'assurée apparaît comme une femme assez émotive, passive, autocentrée, histrionique, dépendante, qui n'hésite pas à se plaindre. Dans la discussion, l'expert expose que l'assurée a probablement présenté un trouble de l'adaptation avec humeur anxieux-dépressive après la naissance de son premier enfant, ce que l'on peut fréquemment constater chez les personnalités légèrement immatures et histrioniques qui peinent à assumer leurs responsabilités, y compris celles de mère. L'assurée paraît se complaire dans une sorte de régression avec des plaintes somatiques ubiquitaires diverses. Les malaises évoquent des attaques de panique, lesquels ne remplissent cependant pas tous les critères pour une attaque de panique "complète". La symptomatologie racine dans une personnalité légèrement immature à traits histrioniques, non décompensée. Ce trouble de la personnalité ne prend cependant pas racine sur une histoire personnelle difficile, l'environnement social, affectif et familial ayant été tout à fait satisfaisant. La sincérité de la patiente pourrait être mise en cause, au vu du fait que les analyses n'ont pas détecté les médicaments qu'elle déclare prendre. L'expert estime par ailleurs que les diagnostics d'épilepsie ou d'un trouble bipolaire paraissent très peu vraisemblables, tout en relevant l'importante suggestibilité de l'assurée. Il indique également que "il est fréquent de relever chez les personnes immatures et histrioniques, une discordance importante entre le médecin traitant et l'expert, le premier faisant le postulat de sincérité de son patient". L'expert juge aussi contradictoire que l'assurée ait pu maintenir l'activité de conciergerie jusqu'à fin 2006. Cela pourrait inciter à penser que sa capacité de travail a toujours été plus ou moins entière, dépendant essentiellement de son degré de motivation, qui paraît faible pour le surplus. Ainsi, selon l'appréciation de l'expert, l'assurée présente une capacité de travail de 100 % depuis le 6 juillet 2006. Il admet qu'elle était éventuellement incapable de travailler du 13 septembre 2005 au 6 juillet 2006, en se fondant sur le rapport de la Dresse B_____ du 5 juillet 2006.

7. Le 12 mars 2008, l'assurée est soumise à un examen clinique rhumatologique au Service médical régional AI (ci-après: SMR). Selon le rapport du 13 mars 2008 du Dr D_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, elle ne présente aucune atteinte avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de fibromyalgie et de rachialgies diffuses, dans le cadre de discrets troubles dégénératifs du rachis, et d'obésité sont sans répercussion sur la capacité de travail. De l'anamnèse, il ressort notamment que, selon les déclarations de l'assurée, le travail de conciergerie a toujours été effectué par son mari, même si, jusqu'à fin décembre 2006, la conciergerie était à son nom et a été seulement reprise au nom de son mari dès cette date. S'agissant de sa vie quotidienne, elle prépare le petit-déjeuner à son fils, l'amène à l'école et va le

chercher. Elle fait les lits avec l'aide de son mari, nettoie les toilettes, range la chambre de son fils et prépare le repas de midi pour lui et elle-même. L'après-midi, elle fait parfois des courses, reste avec son fils après l'école ou l'amène à la piscine ou au football. Trois à quatre fois par semaine, elle fait le repassage. Avec son mari, elle fait la lessive et ce dernier passe l'aspirateur une fois par semaine. A l'examen clinique, l'assurée est un peu démonstrative. Elle peut rester assise sans gêne particulière pendant la durée de l'entretien de 1h10. Pendant le déshabillage et l'habillage, elle évite l'antéflexion du tronc, mais n'applique aucune mesure de protection rachidienne ou d'épargne articulaire durant l'examen. Dans l'appréciation, le Dr D_____ note une mobilité lombaire et cervicale satisfaisante. L'assurée présente des signes de non-organicité selon Waddell. Quant à la fibromyalgie constatée, elle ne s'accompagne pas d'une pathologie psychiatrique invalidante, ni de critères de sévérité. Ainsi, les troubles dégénératifs du rachis étant discrets, aucune limitation fonctionnelle n'est retenue pour ce diagnostic. Partant, le médecin du SMR estime que la capacité de travail de l'assurée est totale comme concierge ou comme employée chez X_____.

8. Le 10 avril 2008, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) communique à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité.
9. Par courrier du 7 mai 2008, l'assurée s'oppose à ce projet. Elle informe l'OAI qu'elle a été prise en charge pendant quatre à six semaines au Centre de thérapies brèves (ci-après: CTB) pour évaluation diagnostique et adaptation pharmacologique. Elle joint en outre un certificat médical du 5 mai 2008 de la Dresse E_____, rhumatologue, attestant d'une incapacité de travail totale pour des problèmes de dépression grave et de douleurs rhumatismales.
10. Selon le rapport du 13 juin 2008 des Drs F_____ et G_____ du CTB, l'assurée présente un trouble affectif bipolaire, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les médecins ont mis en place une prise en charge comprenant des entretiens médicaux-infirmiers réguliers, ainsi qu'une participation au groupe quotidien du CTB. Le traitement médicamenteux est modifié. Il est à cet égard relevé qu'une consultation de psychopharmacologie a été sollicitée, afin d'expliquer les monitorings infra-thérapeutiques sous 400mg de lamotrigine par jour. La dose de Lamictal a ensuite été augmentée à 500mg, ce qui a montré des valeurs thérapeutiques. La patiente ayant présenté des céphalées constantes suite à cette augmentation, le dosage de ce médicament a été diminué. Par ailleurs, le CTB a travaillé avec la patiente sur le maintien d'activités hebdomadaires. Progressivement, sa thymie s'est améliorée et l'irritabilité a baissé.

11. Dans son rapport reçu le 15 décembre 2008, la Dresse B_____ mentionne, comme limitations fonctionnelles, une thymie labile, une fréquente tristesse et une fatigue chronique, ainsi que des douleurs multiples. L'ancienne activité professionnelle n'est plus exigible et le rendement est réduit. L'incapacité de travail est au moins de 60 %.
12. En juillet 2009, le Dr C_____ procède à une expertise complémentaire. Dans son rapport du 31 juillet 2009, il fait état de ce que la recourante a été hospitalisée le 21 avril 2008 à Belle-Idée (département psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève). Il émet les diagnostics d'épisode dépressif majeur léger et d'attaques de panique pauci-symptomatiques avec agoraphobie légère. Pour le surplus, il reprend les diagnostics retenus dans son précédent rapport. En ce qui concerne la vie quotidienne, il mentionne notamment que l'assurée accompagne son fils à l'école et va le chercher. Elle assume la cuisine et le ménage, aidée par son mari. Selon, l'expert, la capacité de travail est de 100 %, y compris dans l'activité exercée en dernier lieu. Les taux plasmatiques sont conformes à la posologie annoncée des médicaments. Selon l'expert, le diagnostic de trouble bipolaire posé lors de cette "hospitalisation" ne permet pas de comprendre sur quelle base il repose. Il pense par ailleurs que la décompensation de l'assurée est réactionnelle au projet de décision négative de l'OAI. De surcroît, l'hypothèse d'un trouble bipolaire, stabilisé actuellement sous traitement médicamenteux, n'implique pas forcément une diminution significative de la capacité de travail. L'expert ne confirme donc pas l'hypothèse d'un trouble bipolaire, tout en précisant qu'un tel diagnostic ne modifierait en rien son appréciation. Une fois traitée, une telle atteinte ne devrait pas entraver la capacité de travail.
13. Dans son avis médical du 1^{er} février 2010, le Dr H_____ du SMR estime que les expertises psychiatriques du Dr C_____ sont convaincantes. Il retient ainsi une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle depuis août 2008, hormis une période d'incapacité de travail totale du 21 avril au 6 juin 2008, pendant laquelle l'assurée était suivie au CTB.
14. Par décision du 11 février 2010, l'OAI confirme son projet de décision.
15. Par acte du 16 mars 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 entière. Préalablement, elle demande la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Ce faisant, elle conteste les conclusions des expertises du Dr C_____ et se réfère aux avis médicaux de ses médecins traitants. Elle relève notamment, en ce qui concerne le dosage de Lamictal qui n'était pas détectable dans les analyses effectuées par le Dr C_____, que les médecins du CTB lui ont expliqué qu'elle prenait beaucoup de médicaments allant très vite dans le sang, ce qui pourrait expliquer le fait qu'ils ne soient pas détectés.

Elle se réfère à ce sujet au rapport du CTB du 13 juin 2008. Elle allègue ainsi que l'expert a retenu à tort une non observance du traitement. Il s'est trompé également en constatant qu'elle a maintenu une activité de conciergerie jusqu'à fin 2006, dès lors que c'était son mari qui s'en occupait, comme elle l'a toujours déclaré à l'intimé. Dans son complément d'expertise, le Dr C_____ a mentionné un faux numéro d'AVS et a fait état d'une hospitalisation à Belle-Idée, alors qu'elle n'y a jamais été hospitalisée. La recourante en conclut que l'expert a dû faire référence à une autre personne.

16. A l'appui de ses dires, la recourante produit le rapport de bilan du 23 février 2010 du Dr I_____ du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Celui-ci pose les diagnostics d'autre trouble affectif bipolaire (type II), de trouble panique, de phobie sociale et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans les antécédents psychiatriques personnels, il est relevé que, dans l'enfance, la recourante a été agressée par un homme qui voulait abuser d'elle lorsqu'elle avait 12 ans. Elle a pu s'échapper, mais est restée traumatisée par cet épisode dont elle n'a jamais parlé à personne. Le Dr I_____ mentionne également que la recherche d'épisodes hypomaniaques met en évidence des phases durant trois à quatre jours s'accompagnant de nombreux symptômes d'allure hypomaniaque, phases pendant lesquelles l'humeur est irritable et dysphorique. Ces épisodes se produisent depuis trois ans environ, surtout en été. En été 2009, un tel épisode a duré environ un mois. Il est déclenché par des douleurs fibromyalgiques et l'empêche de dormir. Dans la discussion, le Dr I_____ expose que l'anamnèse de l'assurée oriente les diagnostics vers un trouble bipolaire de type II avec un trouble anxieux comorbide. Il fait des propositions d'amélioration du traitement médicamenteux et suggère de reprendre la question de l'agression qui a été extrêmement traumatisante pour la patiente, même si rien ne lui était arrivé à l'époque.
17. La recourante verse également à la procédure un rapport du 4 mars 2010 de la Dresse B_____. Quant à l'évolution des atteintes, ce médecin relève que la patiente a présenté, durant ces dernières années, de courts épisodes hypomanes, pendant lesquels la symptomatologie dépressive disparaissait. Ces épisodes étaient suivis par l'aggravation des symptômes dépressifs accompagnés de douleurs diffuses. Les traitements proposés de soutien thérapeutique n'ont pas permis d'atteindre la rémission complète à ce jour. Sa capacité de travail est pour l'instant nulle.
18. Dans son avis médical du 15 avril 2010, le Dr H_____ du SMR estime nécessaire de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique, face à deux avis spécialistes divergents. Dans sa détermination du 27 avril 2008, l'intimé conclut à la mise en place d'une expertise psychiatrique judiciaire, au vu de l'avis du SMR.

19. Par ordonnance du 31 mai 2010, le Tribunal de céans ordonne une expertise psychiatrique et la confie au Dr J_____, psychiatre à Vevey.
20. Dans son rapport du 6 septembre 2010, rendu sur la base du dossier transmis par le Tribunal de céans, un entretien psychologique et examen psychiatrique en date du 8 juillet 2010, une analyse de la médication psychotrope et du consilium avec la Dresse B_____, l'expert émet des diagnostics de trouble dysthymique à début précoce, d'épisode dépressif majeur récurrent, en rémission partielle, de gravité actuelle légère, de trouble de conversion avec présentation mixte, de trouble douloureux, de trouble panique avec agoraphobie, de phobies spécifique et sociale, de troubles obsessionnels-compulsifs, de dépendance aux calmants et de non-observance du traitement. Il constate en outre un trouble de la personnalité non spécifié, des traits obsessionnels, abandonniques et dépendants décompensés, des défenses hypomanes et une structure psychosomatique. L'expert discute chaque diagnostic de façon détaillée, en se référant aux critères de la DSM-IV. Concernant l'épisode dépressif majeur, il relève au moins cinq épisodes dépressifs majeurs traités avec un antidépresseur depuis 1996. L'épisode actuel a débuté en 2005. Il est le plus long par sa durée. Selon l'échelle objective de Hamilton, l'épisode dépressif majeur actuel est de gravité légère. Cependant, il ressort de l'auto-évaluation que la souffrance subjective est écrasante. L'expert admet que l'état dépressif est actuellement probablement en rémission. Il se demande cependant si une réelle rémission totale a pu être observée depuis 1996 entre les différentes décompensations thymiques majeures. Par ailleurs, compte tenu d'une enfance qu'il juge particulièrement douloureuse et carencée, il soupçonne une dysthymie à début précoce. La présence d'un état dysthymique ajoutée à des épisodes dépressifs majeurs récurrents correspond à une "double dépression". Cela constitue un facteur de pronostic négatif. A cet égard, l'expert judiciaire s'étonne qu'aucun des épisodes dépressifs majeurs présentés par l'assurée ne soit mentionné dans l'expertise du Dr C_____. Le diagnostic du trouble de conversion mixte est notamment fondé sur les pertes de connaissance avec convulsions depuis l'adolescence. Il s'agit d'une coupure psychogène brusque du lien avec la réalité, signe d'un épuisement total des ressources adaptatives de l'assurée. Celle-ci présente aussi d'autres symptômes moteurs (une jambe qui se dérobe, faiblesse musculaire dans les membres, troubles visuels, bruits entendus paraissant appartenir au registre des pseudo-hallucinations dissociatives). Selon le Dr J_____, le trouble panique avec agoraphobie n'est pas pauci-symptomatique, comme l'a retenu le Dr C_____, mais pluri-symptomatique. Quant au trouble obsessionnel-compulsif, l'expert relève des rituels de lavage des mains et de contrôles (robinet), par cycle de cinq par épisode, à plusieurs reprises par jour. Selon la psychiatre traitante, ce trouble s'est déjà révélé handicapant lors du dernier emploi chez X_____ et le souci excessif pour l'ordre a certainement induit

une baisse de rendement, avant même l'arrêt définitif du travail. En ce qui concerne à la non-observance du traitement, l'expert note que la prise de sang a été effectuée plusieurs heures après l'administration de Lamictal, mais qu'il est probable que le taux moyen dans la journée se trouve dans la fourchette thérapeutique. Pour les autres psychotropes, la compliance paraît insatisfaisante. Cette omission ne paraît pas volontaire. Dès lors que la recourante manifeste une compliance sans faute de la prise en charge psychothérapeutique et pour l'antidépresseur Zoloft, l'expert judiciaire soupçonne que la recourante n'a pas compris l'utilité des autres traitements psychotropes ou mal interprété la prescription suite aux nombreux changements de celle-ci. L'expert écarte en revanche le diagnostic de trouble bipolaire. La décompensation psychique durable de la recourante trouve ses racines dans un trouble de la personnalité important et décompensé. Celui-ci ne correspond pas à une seule des catégories principales d'un tel trouble mais à un ensemble de traits de la personnalité morbide, à savoir traits obsessionnels-compulsifs, traits abandonniques, traits dépendants, défense psychologique de type hypomane et structure psychosomatique, exprimant le désarroi psychique par la voie privilégiée du soma. Cela ressort aussi des tests psychologiques de la personnalité pratiqués par le Dr C_____. Ce trouble de la personnalité représente un handicap sévère. Quant aux traits histrioniques retenus par le Dr C_____, l'expert judiciaire constate que la recourante paraît être plutôt une personne trop investie pour autrui, nullement égocentrique, apprenant tardivement dans la souffrance à s'occuper d'elle-même. Elle est peu plaintive spontanément. Il n'y a aucun comportement séducteur ni ostentatoire. Elle a aussi montré un bon niveau d'expression émotionnelle. Aussi, l'expert judiciaire exclut un trouble de la personnalité histrionique. S'agissant des limitations fonctionnelles, il relève une asthénie avec une fatigabilité, une perte de l'élan vital, une irritabilité et vulnérabilité face au stress. Les attaques de panique et les symptômes neurovégétatifs anxieux empêchent un travail dans les grandes surfaces et le déplacement avec les moyens de transport public. La claustrophobie limite l'utilisation des ascenseurs et la présence dans des caves. Le trouble obsessionnel-compulsif diminue le rendement et peut conduire à l'incapacité d'exécuter certaines tâches. Il y a aussi des difficultés de concentration et de mémorisation, la recourante étant dispersée même dans ses activités ménagères. La phobie sociale rend l'expertisée vulnérable dans une relation professionnelle. A cela s'ajoutent les limitations dues aux douleurs. S'agissant de la vie quotidienne, il est mentionné que la recourante était auparavant maniaque et qu'elle n'assume plus qu'une partie du ménage qu'elle repartit sur toute la semaine. (repassage, nettoyage des toilettes, poussière, rangements, cuisine). Elle semble désorganisée et a beaucoup de peine à achever une tâche spécifique. Son mari passe l'aspirateur, lave la vaisselle, amène la lessive à la machine à laver, s'occupe des grillades, aide à la cuisine, lave parfois les rideaux et les vitres. Le couple fait ses commissions en France et la recourante

les complète à Genève. Selon l'expert, la recourante est totalement incapable de travailler depuis le 21 mai 2005. Elle peine même à assumer son propre ménage et ne se sent pas capable de suivre des mesures réhabilitatives. La comorbidité psychiatrique est grave. Une amélioration de l'état psychique a certes pu être observée depuis 2005, mais n'a qu'une répercussion sur la qualité de vie et non pas sur la capacité de travail. Ainsi, l'expert judiciaire exclut une amélioration significative et durable de l'état de l'assurée depuis septembre 2005. Les nombreux changements médicamenteux pendant les cinq dernières années, chez une patiente demandeuse de soins, indiquent en outre la difficulté à la stabiliser et dénote du caractère rebelle de l'affection. L'expert se prononce également sur les "critères de Mosimann" et estime qu'ils sont en large partie remplis. Quant à son pronostic, l'expert judiciaire n'exclut pas que la recourante puisse continuer d'évoluer lentement, mais positivement ces prochaines années, de sorte qu'il y a lieu de réévaluer son état périodiquement.

21. Dans son avis médical du 27 septembre 2010, la Dresse K_____, du SMR, reproche à l'expert d'avoir discuté chaque diagnostic séparément, alors qu'ils pourraient constituer l'ensemble d'un tableau clinique correspondant au diagnostic de trouble somatoforme douloureux. La Dresse K_____ nie la présence d'une comorbidité psychiatrique grave, estimant que la recourante souffre d'un trouble somatoforme douloureux avec une dysthymie et un épisode dépressif léger, ce qui ne peut pas être qualifié de maladie psychiatrique incapacitante. Elle reproche aussi au Dr J_____ que les diagnostics reposent sur des tests subjectifs et qu'il n'y a aucun status clinique clair et objectif décrit. L'expert judiciaire n'explique pas non plus pourquoi il s'écarte des conclusions des expertises du Dr C_____. Ainsi, la Dresse K_____ juge l'expertise judiciaire peu convaincante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de modifier l'appréciation du cas.
22. Sur la base de cet avis médical, l'intimé persiste dans ses conclusions, par écriture du 30 septembre 2010.
23. Le 8 octobre 2010, la recourante persiste également dans ses conclusions, en se fondant sur l'expertise judiciaire. Elle estime qu'une valeur probante ne peut être accordée aux expertises du Dr C_____, lequel semble être parti de l'hypothèse, erronée, qu'elle serait une simulatrice et aurait une tendance à la dramatisation. Le Dr C_____ n'a pas non plus tenu compte de toutes les atteintes dont elle est affectée. Quant à celles qu'il a retenues, il les a minimisées.
24. Sur ce, la cause a été 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. a) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au jour de sa modification et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6 b).

b) En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit à une rente d'invalidité à compter de septembre 2006. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Quant aux modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), et les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elles sont également applicables pour l'appréciation du droit aux prestations à partir de leurs entrées en vigueur.

3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité.
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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).

b) L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 al. 1 et 2 RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27 al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; ATFA du 20 avril 2007, I 288/06).

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier.

En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique.

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer

sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04).

c) Lors de l'examen du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse,

encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

f) Selon l'art. 28 al. 2ter LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPG. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2^{bis} pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité.

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 maladif 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).

Selon le Tribunal fédéral des assurances, il existe par ailleurs des caractéristiques communes entre la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifient, lorsqu'il s'agit 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).

7. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.

b) Aux termes de l'art. 29 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et applicable en l'espèce, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPG; let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPG; let. b).
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).

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).

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

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié, 129 III 18 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

9. En l'occurrence, il convient d'abord de déterminer le statut de la recourante.

Celle-ci travaillait avant la survenance de l'invalidité à 50%. Par ailleurs, elle a déclaré le 20 décembre 2007 qu'elle aurait travaillé à ce pourcentage sans atteinte à la santé. Partant, il y a lieu de constater qu'elle présente un statut mixte, de sorte que sa capacité de travail doit être évaluée dans une activité lucrative à 50% et dans les travaux habituels du ménage au même taux.

10. La recourante a fait l'objet de deux expertises par le Dr C_____, ainsi que d'une expertise judiciaire par le Dr J_____.

Toutefois, comme relevé dans l'ordonnance d'expertise, les expertises du Dr C_____ n'ont pas convaincu le Tribunal de céans. Une valeur probante n'ayant pu être attribuée à celles-ci, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire était dès lors

nécessaire. En effet, les expertises du Dr C_____ paraissent superficielles et contradictoires. En premier lieu, il sied de relever que ce médecin n'a pas mentionné dans ses rapports que les "malaises" sont accompagnés d'une perte de connaissance. Il n'a pas non plus indiqué les épisodes dépressifs majeurs dont a souffert la recourante. Il a procédé en outre à de nombreux tests psychologiques, pour ne pas en tenir compte par la suite, sous prétexte que la recourante aurait majoré ses plaintes et présenterait des limitations linguistiques. Néanmoins, il a relevé que la recourante s'exprimait avec aisance en français. De surcroît, un des tests était en portugais. Il est à souligner également que, sur cinq tests, un seul donne un score pour une dépression légère, alors que les autres tests témoignent d'une dépression sévère, ainsi que d'une anxiété élevée à très élevée. Il paraît dès lors arbitraire d'avoir écarté les résultats de ces tests. Par ailleurs, il a retenu à tort que la recourante avait conservé une activité de conciergerie jusqu'en 2006. Il ressort en effet du rapport du Dr D_____ du 12 mars 2008 que cette activité a toujours été effectuée par son mari. Cet expert s'est également trompé en ce qu'il a constaté qu'elle n'observait pas le traitement de Lamictal, dès lors que cela est dû à d'autres raisons, comme il ressort du rapport du CTB du 13 juin 2008. L'expertise du Dr C_____ du 10 janvier 2008 est aussi contradictoire, en ce qu'il est mentionné, à l'examen clinique (p. 15), que la recourante n'est pas particulièrement émotive, alors qu'il est indiqué à la fin de l'examen clinique (p. 16) qu'il s'agit d'une femme assez émotive. A cela s'ajoute que le Dr C_____ n'a pas pris contact avec les médecins traitants, ce qui était en l'espèce indispensable, en raison de son appréciation très divergente de celle de ces médecins et du soupçon d'un trouble bipolaire. S'agissant du complément d'expertise du 31 juillet 2009, cet expert fait état d'une hospitalisation à Belle-Idée, alors que la prise en charge de la recourante au CTB était ambulatoire.

Quant à l'expertise judiciaire, elle paraît particulièrement complète et fouillée (58 pages). Elle a notamment été rendue en connaissance du dossier médical complet de la recourante et repose sur un entretien psychologique et un examen psychiatrique d'au moins quatre heures. Elle prend en considération les plaintes de la recourante et les conclusions de l'expert sont très étayées. Par ailleurs, celles-ci sont en larges parties confirmées par les médecins traitants.

La Dresse K_____ fait toutefois grief au Dr J_____ que ses diagnostics reposent seulement sur des tests subjectifs et non pas sur un status clinique clair et objectif. Cela est inexact, dès lors que l'expert mentionne ses constatations objectives sur une page et demi (p. 30 et 31). Il est par ailleurs le propre d'une expertise psychiatrique de se fonder largement sur des éléments subjectifs ressortant du ressenti de la personne expertisée, tant qu'il n'y a pas d'indices de simulation ou de majoration. De surcroît, il est expressément exigé par la jurisprudence en la matière que l'expert prenne en considération les plaintes de l'expertisé. Il est également inexact que le Dr J_____ n'ait pas expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions du Dr C_____, comme l'affirme la

Dresse K_____. Au contraire, il a exposé dans les détails pour quelles raisons il retenait les diagnostics et écartait certains de ceux du Dr C_____. En tout état de cause, comme relevé ci-dessus, l'expertise de ce dernier n'est pas convaincante. Cela étant, une pleine valeur probante peut être attribuée à l'expertise judiciaire.

L'expert judiciaire a retenu un trouble dysthymique à début précoce, et un épisode dépressif majeur, récurrent, en rémission partielle, épisode actuel léger. Selon lui, il s'agit d'une "double dépression" dont le pronostic est mauvais. La recourante souffre en outre d'un trouble de conversion avec présentation mixte. Ce diagnostic est fondé sur les pertes de connaissance de la recourante qui ont débuté durant l'adolescence et ont persisté tout le long de sa vie, actuellement environ deux fois par an. Ces crises ont motivé plusieurs passages aux urgences des hôpitaux. Une crise de cette nature était survenue également sur le lieu travail fin 2005. Selon l'expert, il s'agit d'une coupure psychogène brusque du lien avec la réalité, signe d'un épuisement total des ressources adaptatives de la recourante. A cela s'ajoutent des symptômes moteurs (une jambe qui se dérobo, faiblesse musculaire, troubles visuels, bruits entendus paraissant appartenir au registre des pseudo-hallucinations dissociatives). L'expert estime aussi que les critères sont remplis pour un trouble panique avec agoraphobie, ainsi qu'une phobie spécifique sous forme de claustrophobie, et une phobie sociale. L'assurée est également atteinte d'un trouble obsessionnel-compulsif avec des rituels de rangement. Ce trouble a déjà réduit rendement dans l'emploi occupé précédemment, selon les renseignements donnés par la Dresse B_____. Enfin, la recourante est atteinte d'un trouble somatoforme douloureux. Dans l'axe II des classifications des maladies psychiatriques, l'expert judiciaire a mentionné un trouble de la personnalité non spécifié. Ce trouble était à la base de la décompensation psychique durable de la recourante. Il le qualifie d'important. L'étendue de l'atteinte sur plusieurs classes de personnalité morbide est confirmée par les tests psychologiques de la personnalité effectués par le Dr C_____. Si ce dernier n'a néanmoins pas retenu un trouble de la personnalité, c'est qu'il a attribué les hauts scores réalisés par la recourante dans ces tests tantôt à une certaine limitation linguistique, tantôt à une tendance à la dramatisation, constatations que l'expert judiciaire a écartées.

Selon celui-ci, la recourante est totalement incapable de travailler. Il est vrai que la Dresse B_____ a considéré, dans son rapport du 15 décembre 2008, que la capacité de travail était au moins de 60 %. Cependant, lors du consilium de l'expert judiciaire avec ce médecin, en date du 3 septembre 2010, elle a évalué l'incapacité de travail à 100%. Si elle a indiqué dans le rapport précité que celle-ci était d'environ 40 %, cela ne correspondait plus à la réalité clinique actuelle. Sa précédente appréciation était basée sur la forte motivation de l'expertisée à regagner une certaine capacité de travail et une place dans le monde professionnel, mais ne correspondait pas, même à l'époque, à une réelle capacité de travail immédiate.

Il ressort par ailleurs de l'expertise que l'incapacité de travail de la recourante est la conséquence d'une multitude d'atteintes psychiatriques autres qu'un trouble somatoforme douloureux. Cela est également l'avis de la Dresse B_____ qui a considéré que le trouble somatoforme douloureux n'est pas la cause principale de l'handicap de sa patiente. Aussi, il ne s'avère pas nécessaire d'examiner la capacité de travail de la recourante sous l'angle des critères élaborés par notre Haute Cour pour apprécier le caractère invalidant d'un tel trouble ou d'une fibromyalgie.

Certes, la Dresse K_____ a estimé que l'ensemble des atteintes psychiatriques mentionnées par l'expert judiciaire peut être résumé sous le diagnostic du trouble somatoforme douloureux avec une dysthymie et un épisode dépressif léger. Cependant, ce faisant, elle fait abstraction du trouble de la personnalité diagnostiqué par l'expert judiciaire, du trouble de conversion mixte, du trouble panique avec agoraphobie et des autres phobies, ainsi que du trouble obsessionnel-compulsif. En tout état de cause, il y aurait lieu de considérer qu'au vu de ces atteintes multiples, le trouble somatoforme douloureux est accompagné en l'espèce d'une comorbidité grave, de sorte qu'un caractère invalidant doit lui être reconnu.

Cela étant, le Tribunal de céans admet, sur la base de l'expertise judiciaire, que la recourante présente une incapacité de travail totale pour l'exercice d'une activité lucrative depuis septembre 2005.

11. S'agissant de sa capacité de travail dans le ménage, il ressort des rapports médicaux qu'elle parvient encore à effectuer bon nombre de tâches ménagères et qu'avec l'aide de son mari, l'ensemble de ces tâches peut être assuré. L'aide apportée par celui-ci dans le ménage (faire la vaisselle, passer l'aspirateur une fois par semaine, amener la lessive à la machine à laver, courses, occasionnellement laver les rideaux et les vitres), ne paraît en outre pas dépasser ce qui peut être exigé de la part d'un membre de la famille en pareilles circonstances.

Aussi, par appréciation anticipée des preuves, le Tribunal de céans n'admettra pas d'invalidité dans le ménage.

12. L'incapacité de la recourante étant totale dans l'activité lucrative exercée à 50%, il y a dès lors lieu de lui reconnaître un degré d'invalidité de ce taux, ce qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

Sa demande ayant été déposée en mai 2006, il convient de lui octroyer cette rente à partir du 1^{er} septembre 2006, soit une année après le début de son incapacité de travail.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la recourante mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2006.

14. La recourante obtenant partiellement gain de cause, il y a lieu de lui attribuer une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
15. L'intimé qui succombe en large partie sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 11 février 2010.
4. Octroie à la recourante une demi-rente d'invalidité à partir de septembre 2006.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 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

Maryse BRIAND

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