



### EN FAIT

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1974, de nationalité dominicaine, mariée, est arrivée en Suisse en 1986. Après sa scolarité, elle a commencé un apprentissage de gouvernante, interrompu en raison de difficultés linguistiques. Elle a travaillé dans l'hôtellerie, puis comme serveuse de 1992 à 1999. Du 29 mars 2000 au 29 mars 2001, l'assurée a été placée comme employée de musée par l'Office cantonal de l'emploi, dans le cadre d'un emploi temporaire.
2. Le 4 avril 2001, l'assurée a été opérée d'une tumeur de l'auriculaire de la main gauche avec reconstruction par greffe prélevée sur le nerf cutané antébrachial médial à l'avant-bras et une cure du tunnel carpien gauche. Suite à cette intervention, l'assurée a perdu une partie de la sensibilité dans l'auriculaire et l'avant-bras gauche.
3. Le 7 janvier 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) en vue de l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.
4. Par rapport du 20 janvier 2004, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a indiqué que l'assurée était venue le consulter à deux reprises, les 3 juillet et 15 août 2003, pour un problème à l'avant-bras et à la main gauche. Elle avait été opérée en 2001. Il ne se prononçait pas sur la demande AI, qui ne le concernait pas, et joignait un rapport du 28 août 2003 établi par le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. L'examen électroneuromyographique mettait en évidence un syndrome du canal carpien droit, une atteinte lésionnelle partielle du nerf cutané antébrachial médial gauche, et un status après opération d'un tunnel carpien gauche sans séquelle.
5. Par rapport du 6 août 2004, le Dr C\_\_\_\_\_, chirurgien de la main, a indiqué qu'il n'avait pas revu cette patiente depuis octobre 2001. Il avait opéré l'assurée le 4 avril 2001 d'une tumeur neurale du nerf digital propre ulnaire de l'auriculaire gauche. Elle présentait en outre un syndrome du tunnel carpien. Il retenait une incapacité de travail totale du 4 avril au 7 juin 2001.
6. Par rapport du 16 août 2004, les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, médecins à l'Unité de chirurgie de la main des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), ont posé les diagnostics de status post résection d'un hamartome du nerf collatéral ulnaire D5 gauche, status post greffe nerveuse avec prélèvement du nerf cutané antébrachial médial gauche et neurolyse du nerf médian au tunnel carpien gauche, syndrome du tunnel carpien date I bilatéral et neuropathie compressive du nerf ulnaire gauche au coude et au poignet. À l'examen clinique, les médecins constataient une perte de sensibilité de protection dans le territoire correspondant à la zone d'innervation du tronc inter-métacarpien 4-5, ainsi qu'une extension de l'hypoesthésie sur les quatre doigts longs de la main gauche, tant palmaire que

dorsale. Ils retrouvaient également des signes de compression du nerf ulnaire à gauche, des symptômes irritatifs au tunnel carpien à gauche, et des signes de compression évidents au tunnel carpien droit.

7. Le 4 novembre 2004, l'assurée a été opérée par le Dr E\_\_\_\_\_. Dans son compte rendu opératoire, il a posé les diagnostics de neuropathie compressive du nerf ulnaire au poignet et au coude gauche, ainsi que de syndrome du tunnel carpien gauche stade I. Il a expliqué avoir procédé à une neurolyse du nerf médian et du nerf cubital au poignet gauche ainsi qu'à une transposition antérieure semi-profonde du nerf ulnaire au coude gauche. Dans son rapport du 9 mai 2005, il exposait que l'état de santé était stationnaire, que les douleurs remontaient dans l'épaule et se présentaient comme des cervico-brachialgies, et que sa patiente avait dû cesser toute médication antalgique depuis le 23 mars 2005 en raison de sa grossesse. Il était vraisemblable qu'en dehors de la résolution des paresthésies dans le territoire médian, aucune autre amélioration n'allait survenir par la suite. Une prise en charge psychiatrique ne semblait pas nécessaire mais un suivi psychothérapeutique devait être envisagé pour réduire la composante anxigène des douleurs. L'incapacité de travail était totale dans l'activité de serveuse ou d'employée de bureau. Une reprise du travail était envisageable à la fin du congé maternité, dans une activité d'employée de bureau avec une limitation horaire de quatre heures par jour vu la fatigabilité accrue du membre supérieur gauche et les hyperesthésies rencontrées au contact d'objets lors de changements de température. Une évaluation médicale complémentaire par un spécialiste de la douleur pouvait être utile.
8. Le 18 août 2005, l'assurée, représentée par un conseil, a transmis à l'OAI la copie d'un rapport d'examen électroneuromyographique pratiqué le 13 juin 2005 par le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin auprès des HUG, qui concluait à une péjoration nette de l'atteinte focale du nerf médian droit au canal carpien, avec des signes de perte axonale sensitive et motrice, toutefois sans signes EMG de dénervation aiguë. Il n'y avait pas d'anomalie de la conduction sensitive et motrice du nerf médian gauche au canal carpien.
9. Par rapport du 16 mars 2006, la Dresse G\_\_\_\_\_, médecin cheffe auprès du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, a exposé que l'assurée présentait des douleurs neuropathiques chroniques du membre supérieur gauche et une composante myofaciale au niveau du coude et de l'épaule, qu'il convenait de traiter par une approche physiothérapeutique. Les douleurs, leur pérennisation et les échecs thérapeutiques successifs avaient entraîné un important désarroi ainsi qu'un sentiment de colère.
10. L'OAI a ordonné un examen bidisciplinaire portant sur la main et le volet psychiatrique, qu'il a confié au Service médical régional AI (ci-après SMR). L'assurée a été examinée le 24 novembre 2006 par les Drs H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, et I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 22 mars 2007, les médecins ont retenu les

---

diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de séquelles de prélèvement d'un greffon du nerf cutané antébrachial médial gauche, status après résection d'un hamartome du nerf collatéral ulnaire de l'auriculaire gauche et reconstruction par greffe nerveuse, status après cure de tunnel carpien gauche, status après transposition semi-profonde du nerf ulnaire du coude gauche et neurolyse du médian et du cubital au poignet gauche. Ils ont également posé les diagnostics de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, syndrome du tunnel carpien droit et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique. Dans l'appréciation consensuelle, les médecins ont exposé que le dossier mentionnait la disparition des paresthésies du territoire du médian gauche et la normalisation des paramètres EMG concernant ce nerf, mais que lors de l'examen, l'assurée avait signalé la persistance des troubles sensitifs ainsi que des douleurs qui s'étendaient à tout le membre supérieur gauche jusqu'à l'hémicrâne gauche. Les plaintes concernant la main gauche pouvaient être en relation avec des séquelles de la neuropathie cubitale et du syndrome du tunnel carpien opérés, mais l'extension de l'hypoesthésie subjective à tout le membre supérieur gauche ne correspondait pas à une topographie anatomique. Il n'y avait notamment pas de déficit moteur, ni de signe de tendinopathie à l'épaule ou d'épicondylite. Les troubles sensitifs et douloureux pouvaient donc être expliqués partiellement par une cause organique, mais les médecins observaient une majoration des symptômes. L'examen psychiatrique permettait de constater une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, sans syndrome somatique, et de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, puisqu'il s'agissait du troisième épisode dépressif. L'intensité de l'épisode dépressif n'était toutefois pas suffisante pour que celui-ci ait une répercussion durable sur la capacité de travail. Les médecins ont retenu une incapacité de travail totale depuis le 4 avril 2001, puis de 50% dans l'ancienne activité de serveuse dès le mois de juin 2005, moment à partir duquel les séquelles neurologiques du membre supérieur gauche s'étaient stabilisées. Dans une activité adaptée telle qu'employée de musée, la capacité de travail était de 80% dès le mois de juin 2005. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les chocs sur la face interne du coude et de l'avant-bras gauche, ainsi que le port de charges supérieures à cinq kilogrammes avec la main gauche.

11. Le 8 août 2007, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a procédé à la comparaison des gains et constaté que le degré d'invalidité s'élevait à 10%, de sorte que seule une éventuelle aide au placement entrerait en ligne de compte, sur demande l'assurée.
12. Le 16 août 2007, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision d'acceptation de rente, dont il ressortait qu'il proposait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 30 juin 2005. L'OAI a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 100% dès le 4 avril 2001, ouvrant droit à une rente entière dès le 4 avril 2002, mais la demande de prestations étant tardive, il lui a accordé une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003. À partir du mois de juin 2005, l'OAI, se

fondant sur le rapport du SMR, a retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, de sorte que le degré d'invalidité s'élevait à 10% et entraînait la suppression de la rente d'invalidité.

13. L'assurée a fait part de son désaccord quant à la suppression de la rente d'invalidité et a produit divers documents, dont :

- un rapport de son médecin traitant de l'époque, le Dr J\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui attestait que l'assurée était traitée pour des douleurs chroniques de type neuropathique du membre supérieur gauche, dans le but de rendre les douleurs supportables et de diminuer l'état dépressif qui s'était installé suite aux diverses interventions chirurgicales subies. Le traitement s'accompagnait toutefois d'effets secondaires relativement importants, soit une somnolence diurne, des difficultés de concentration, des étourdissements, des vertiges et une insomnie chronique liée à la survenue de douleurs après quelques heures de sommeil. Ces effets secondaires empêchaient l'assurée de mener à bien les activités de la vie quotidienne et a fortiori d'avoir une vie professionnelle régulière.

- un rapport du Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, selon lequel l'examen neurologique avait révélé notamment une contracture importante de la musculature paracervicale et du trapèze gauche ainsi que des muscles myo-faciaux gauches avec une élévation de l'épaule gauche, une hypodysesthésie dans le territoire du nerf cutané anté-brachial médial gauche, du nerf cubital gauche et dans une moindre mesure du nerf médian et radial, et une limitation dans les mouvements de latéralité de la nuque. Dans ses conclusions, il indiquait que la patiente présentait des douleurs neurogènes, chroniques du membre supérieur gauche suite aux interventions chirurgicales subies. Elle avait ensuite développé une probable algodystrophie du membre supérieur gauche qui n'avait fait qu'entretenir et augmenter les douleurs ainsi que les troubles sensitifs. Concernant les hémicrâniées et les douleurs cervicales, celles-ci s'inscrivaient dans le cadre de céphalées et de cervicalgies de tension dues à la contracture chronique liée aux douleurs neuropathiques, sur lesquelles se greffaient quelques crises d'allure migraineuse. Enfin, l'assurée présentait un état anxio-dépressif relativement important qui jouait un rôle défavorable sur la symptomatologie, raison pour laquelle il avait proposé un traitement de Cipralex ou Deroxat.

14. Par décision du 20 novembre 2007, l'OAI a confirmé son projet d'acceptation de rente du 16 août 2007.

15. Par acte du 3 janvier 2008, l'assurée a interjeté recours, concluant préalablement à la mise en œuvre d'un examen médical complet, et sur le fond, à l'annulation de la décision en tant qu'elle mettait fin à sa rente entière d'invalidité. En substance, elle contestait la suppression de sa rente au 30 juin 2005 et le diagnostic des médecins du SMR de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui minimisait totalement son mal physique alors que ses douleurs étaient bien réelles.

16. Par réponse du 30 janvier 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant en substance que l'examen du SMR avait pleine valeur probante.
17. Par arrêt du 28 mai 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève (ci-après TCAS) a annulé la décision du 20 novembre 2007, octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2005, sans préjudice de ses droits futurs, et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. En substance, le TCAS a jugé que le rapport du SMR du 22 mars 2007 était entaché d'irrégularités formelles, puisque le Dr I\_\_\_\_\_ n'avait pas encore obtenu son titre FMH en psychiatrie et psychothérapie au moment de l'examen du 24 novembre 2006, et que d'autre part, la Dresse H\_\_\_\_\_, qui avait pratiqué l'examen somatique, ne possédait pas d'autorisation de pratiquer et figurait sur la liste du SMR comme médecin de dossier. Par conséquent, le rapport du SMR ne pouvait se voir attribuer pleine valeur probante et l'on ne pouvait pas, sur la base de ce seul rapport, déterminer la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée depuis mai 2005. Le TCAS a renvoyé la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise bidisciplinaire somatique et psychiatrique. L'intimé était invité à examiner, cas échéant, si des mesures de réadaptation entraient en ligne de compte.
18. Par avis du 16 septembre 2008, les Dresses H\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR, ont estimé que les informations concernant la Dresse H\_\_\_\_\_ figurant dans l'arrêt du 28 mai 2008 étaient erronées, de sorte qu'il ne se justifiait pas de remettre en question son examen et qu'il convenait uniquement d'établir un mandat d'expertise psychiatrique.
19. L'OAI a ainsi mis en œuvre uniquement une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 25 février 2009, l'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent, état actuel moyen.

Les plaintes de l'assurée concernaient essentiellement des douleurs du membre supérieur gauche, de la région cervicale et de la moitié gauche de la tête, dont elle estimait l'intensité à 8/10 sur l'échelle visuelle analogique. Les douleurs étaient aggravées par les mouvements du membre supérieur gauche et peu atténuées par les médicaments. Il n'était pas possible d'établir la présence d'une symptomatologie anxieuse et phobique spécifique, car même si l'assurée rapportait quelques symptômes d'attaques de panique (palpitations, hyperventilation, sudations) accompagnés d'une peur de s'évanouir, la symptomatologie n'était pas vraiment convaincante. Elle ne présentait pas non plus un trouble panique avec agoraphobie, car elle disait être mal à l'aise dans la foule en raison du bruit et non par peur de faire un malaise. Il n'y avait aucun symptôme du registre psychotique, de trouble de la conduite alimentaire, ni de plainte en rapport avec un problème de dépendance ou relevant d'une atteinte cérébro-organique franche.

Le status permettait de réfuter une affection cérébro-organique, car l'assurée était vigile, son jugement et son raisonnement étaient parfaitement fonctionnels, et elle ne présentait pas de troubles attentionnels, mnésiques, du langage, ni de déficit praxique ou gnosique. Pendant la plus grande partie de l'entretien, l'assurée était en larmes, mais elle pouvait aussi sourire, s'animer et réagir positivement à l'humour. Son activité psychomotrice et son cours de la pensée étaient normaux. Globalement, l'assurée présentait une détresse existentielle et se posait en victime d'une opération chirurgicale qu'elle considérait comme ratée sans avoir obtenu la reconnaissance et la réparation auxquelles elle était persuadée d'avoir droit.

Dans son appréciation, l'expert a exposé que la symptomatologie correspondait au diagnostic d'épisode dépressif selon la Classification internationale des troubles mentaux et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (ci-après CIM-10 et DSM-IV-TR), relevant toutefois que l'assurée avait généralement répondu aux questions par l'affirmative afin d'obtenir le constat de symptômes psychiatriques. Il retenait les symptômes de tristesse, de perte d'intérêt quotidienne depuis plusieurs mois, de fatigabilité, de perte d'énergie, d'idées de mort, de culpabilité pathologique à un certain degré, de difficultés à penser et à se concentrer et de troubles du sommeil. Il observait également des larmes, mais les plaintes de l'assurée devaient être relativisées, car celle-ci pouvait toutefois s'animer et sourire, et n'était de surcroît ni ralentie, ni anormalement tendue. Malgré une certaine discordance entre l'observation et les plaintes, ces symptômes permettaient d'admettre le diagnostic d'épisode dépressif, lequel pouvait être qualifié de moyen vu l'impression clinique et le score obtenu sur l'échelle de Hamilton. En outre, vu la tentative de suicide de l'assurée à l'âge de 16 ans, il convenait d'admettre la récurrence du trouble dépressif mais sans certitude définitive. Par ailleurs, l'expert retenait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le critère diagnostique exigé par la CIM-10 était rempli, car la douleur demeurait la plainte principale de l'assurée depuis le début de ses problèmes. Sa détresse et la composante fortement psychologique de celle-ci ne faisaient guère de doute, puisque l'assurée était souvent en larmes et se présentait généralement de façon désespérée et désemparée, étant précisé qu'elle ne touchait pas forcément l'examineur en raison d'un certain théâtralisme. En outre, toutes les investigations somatiques figurant au dossier, notamment l'examen pluridisciplinaire du SMR du 24 novembre 2006, démontraient une discordance entre les plaintes douloureuses et les bases somatiques objectives. Par ailleurs, on ne pouvait pas faire valoir les critères d'exclusion prévus par la CIM-10, car il n'y avait aucun trouble psychiatrique suffisamment sévère pour écraser les plaintes somatoformes, dès lors que le trouble dépressif était tout au plus moyen ou modéré, et qu'il n'y avait pas d'élément attestant d'une psychose schizophrénique, ni d'un autre trouble somatoforme. L'expert écartait le diagnostic retenu par le SMR de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, compte tenu de la présence d'éléments de détresse relativement importants et de la comorbidité du trouble dépressif. Il retenait en revanche des traits de personnalité du registre histrionique

qui ne constituaient pas un trouble de la personnalité, ou du moins pas un trouble grave et incapacitant.

Un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne justifiait pas en lui-même une incapacité de travail et il paraissait raisonnable d'exiger, pour envisager une incapacité de travail durable, que le tableau clinique procède d'un contexte psychosocial exceptionnellement délétère et d'une comorbidité psychiatrique sévère. En l'occurrence, l'appréciation clinique parlait contre une incapacité de travail. En effet, on se trouvait face à des plaintes douloureuses discordantes avec les éléments somatiques objectifs, dans un contexte de revendication où l'assurée était convaincue d'avoir droit à une compensation et à une reconnaissance. La symptomatologie dépressive n'était pas extrêmement préoccupante, car l'assurée avait pu moduler son humeur pendant l'entretien, le tableau était empreint de théâtralisme et on ne retrouvait pas d'élément objectif témoignant d'une dépression grave comme une modification ou un ralentissement de l'activité psychomotrice. De surcroît, l'assurée avait mis au monde deux enfants depuis le début des troubles et elle pouvait gérer plus ou moins bien son ménage. S'agissant des questions nécessitant un examen particulier, l'expert retenait une affection corporelle chronique, même si celle-ci n'était pas gravement incapacitante. La question de la résistance au traitement selon les règles de l'art pouvait rester ouverte, car la problématique somatoforme relevait plus d'un comportement de malade que d'une maladie. Il n'y avait pas de chronification irrémédiable du tableau clinique, puisque l'humeur de l'assurée avait changé au cours d'un simple entretien et que celle-ci avait pu s'occuper de ses enfants et de sa maison sans s'effondrer psychologiquement. Le réseau social était large, car elle parlait à de nombreux amis et rapportait trois à quatre amis intimes. Enfin, la comorbidité psychiatrique n'était pas préoccupante, car le trouble dépressif d'état actuel moyen ou modéré n'était pas incapacitant en lui-même, et la symptomatologie était inconstante. En définitive, tant l'impression clinique que les critères usuels en cas de trouble somatoforme permettaient d'exclure une incapacité de travail significative, de sorte qu'il était raisonnablement exigible que l'assurée reprenne son activité professionnelle antérieure à plein temps. Sans remettre en cause ses souffrances, l'expert parvenait à la conclusion que le comportement de l'assurée s'expliquait vraisemblablement par des facteurs étrangers à l'assurance-invalidité.

20. Par avis du 16 mars 2009, le Dr P\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a estimé que l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'en application des critères jurisprudentiels, le trouble somatoforme de l'assurée n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail. En effet, la recherche des critères de Mayer-Blaser dans le rapport d'expertise démontrait que l'assurée présentait une affection corporelle chronique, mais pas de trouble grave de la personnalité (cf. page 13 du rapport), ni de perte de l'intégration sociale (cf. page 6 du rapport), ni d'état psychique cristallisé (cf. page 15 du rapport) ni d'échec des

---

traitements conformes aux règles de l'art, puisque l'état dépressif moyen réagissait bien, habituellement, à un traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique.

21. Le 24 mars 2009, l'OAI, se fondant sur l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_, a soumis à l'assurée un projet de décision, dont il ressortait qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité postérieurement au 30 septembre 2005. L'expert psychiatre ne retenait aucune incapacité de travail significative et son évaluation ne permettait pas d'aboutir à des conclusions différentes de l'expert du SMR, de sorte que l'assurée présentait dès le mois de juin 2005 une capacité de travail de 80% dans une activité légère adaptée. Dès juin 2005, le revenu sans invalidité s'élevait à 43'668 fr. et le revenu avec invalidité à 39'923 fr., si bien que la comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 10%, entraînant la suppression de la rente d'invalidité, trois mois après l'amélioration de l'état de santé.
22. Par courrier du 8 mai 2009, l'assurée a contesté le projet de décision. D'une part, elle a soutenu qu'elle remplissait tous les critères jurisprudentiels permettant de considérer comme non exigible l'effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, partant, la réintégration dans le processus de travail, hormis celui de la perte d'intégration sociale. En effet, l'échec des traitements conformes aux règles de l'art était patent et elle présentait une affection corporelle chronique, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, ainsi qu'une symptomatologie inchangée voire tendant à se péjorer. En présence d'un trouble chronique récurrent, l'affirmation du Dr O \_\_\_\_\_, selon laquelle le trouble dépressif majeur récurrent n'était pas préoccupant ni cristallisé, était étonnante. Par ailleurs, la comorbidité psychiatrique (moyennement grave) devait être prise en compte, car sa gravité, son acuité et sa durée étaient incontestables et l'expert avait souligné que la détresse psycho-sociale était suffisamment marquée. D'autre part, l'OAI avait violé les instructions claires de l'arrêt du 28 mai 2008 en prétendant que ses considérants étaient erronés, si bien que son instruction complémentaire était entachée d'irrégularités formelles.
23. Par avis du 15 mai 2009, le Dr P \_\_\_\_\_ a exposé en substance que les conclusions du rapport du SMR du 28 mars 2007 (lequel reprenait les conclusions du rapport du 22 mars 2007) restaient valables. En effet, contrairement à ce qui avait été supposé dans l'arrêt du 28 mai 2008, le Dr H \_\_\_\_\_ possédait lors de l'examen son titre FMH et son autorisation de pratique. Par ailleurs, le Dr O \_\_\_\_\_ avait considéré que le trouble dépressif récurrent, état actuel moyen, n'était pas incapacitant et s'était clairement exprimé à ce sujet (cf. p. 15 du rapport d'expertise). S'agissant des autres critères, il renvoyait à son avis du 16 mars 2009 qui démontrait que seul le critère d'affection corporelle chronique était présent.
24. Par décision du 12 juin 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 mars 2009. Se fondant sur l'avis du Dr P \_\_\_\_\_, l'OAI a considéré qu'en l'absence d'une comorbidité psychiatrique invalidante ou d'un cumul de différents critères,

on ne pouvait pas soutenir que l'atteinte de l'assurée puisse avoir une répercussion sur sa capacité de travail. La décision précitée, non contestée, est entrée en force.

25. Le 10 octobre 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en raison d'une aggravation de son état de santé.
26. Par rapport du 9 décembre 2011, la Dresse Q \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service de psychiatrie générale des HUG, a déclaré suivre l'assurée régulièrement depuis le 7 mai 2009. Elle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, expliquant que celui-ci s'était progressivement péjoré depuis 2001 suite à des troubles sensitifs et des douleurs intervenus en lien avec l'intervention chirurgicale de résection de l'harmartome fibrolipomateux du nerf collatéral du cinquième doigt gauche et du syndrome du tunnel carpien gauche. L'assurée, qui présentait à la base un trouble de la personnalité labile de type borderline ainsi qu'une grande fragilité narcissique donnant lieu à une intolérance à la frustration, une projectivité, une labilité de l'humeur, une impulsivité, une grande difficulté d'adaptation et un besoin de reconnaissance important, n'avait pu s'adapter à son intervention chirurgicale, ce qui avait provoqué des effets secondaires importants. Ceux-ci n'avaient pas été compris de la patiente, qui s'était sentie maltraitée. Ce contexte avait majoré le trouble dépressif récurrent, qui se manifestait par une tristesse importante, des troubles du sommeil, des angoisses et des idées suicidaires récurrentes. En raison de son trouble de la personnalité et de ses difficultés d'adaptation, bien qu'elle était régulière dans sa prise en soins, elle se montrait incapable de « prendre l'aide médicale », qu'elle dénigrait quand bien même elle était en grande souffrance et en demande de soulagement. La capacité de travail de l'assurée était nulle et son pronostic était réservé compte tenu de l'évolution défavorable intervenue durant les dernières années.
27. Par avis du 23 janvier 2012, la Dresse R \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a estimé que l'assurée n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé. En effet, la péjoration attestée depuis 2001 était déjà connue et aucun fait objectif n'était rapporté, notamment aucune hospitalisation. Les éléments décrits dans le rapport du 9 décembre 2011, notamment la détresse de l'assurée, avaient déjà été relevés dans l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ du 25 février 2009.
28. Le 31 janvier 2012, l'OAI, faisant siennes les conclusions du SMR, a soumis à l'assurée un projet de décision de refus d'entrée en matière, au motif que la recourante n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé.
29. Le 16 mars 2012, l'assurée a contesté ce projet de décision, soutenant que l'assurance-invalidité devait reconnaître sa souffrance. Depuis quelques temps, ses douleurs étaient devenues si fortes qu'elle avait perdu tout espoir et avait des idées suicidaires. En février 2011, elle avait d'ailleurs été hospitalisée à la Clinique de Montana à la demande du Centre de thérapies brèves (CTB) de Genève, qui l'avait prise en charge suite à une période de crise.

---

À l'appui de sa contestation, l'assurée a produit un rapport du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG du 18 novembre 2010, signé par les Drs S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pharmacologie et toxicologie cliniques, T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie. Les médecins précités ont posé les diagnostics de douleurs neuropathiques chroniques du membre supérieur gauche, de status post neurolyse du nerf médian, du nerf cubital au poignet gauche et de transposition antérieure semi-profonde du nerf ulnaire au coude gauche en novembre 2004, de status post ablation d'un schwannome du nerf collatéral cubital D5 gauche avec greffe nerveuse aux dépens du nerf cutané brachial de l'avant-bras sur le tronc inter-métacarpien 4 et 5 et sur les résidus nerveux collatéraux cubitaux D5 en 2001, de ralentissement focal de la conduction nerveuse du carpe droit avec atteinte sensitive du médian, ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère.

À l'examen clinique, les médecins ont constaté des nerfs crâniens sans particularités hormis une dysesthésie du nerf trijumeau à gauche, des douleurs à la palpation des vertèbres de la nuque ainsi qu'une contracture vertébrale plus importante à gauche qu'à droite, la mobilité de la nuque étant conservée, des bras sans amyotrophie, des cicatrices calmes, une force symétrique et des réflexes ostéo-tendineux faibles mais symétriques, un gradient de température avec un bras gauche plus froid, une hypoesthésie sur tout le membre inférieur gauche, ainsi qu'une dysesthésie tactile et au froid sur le territoire du nerf médian à gauche.

Les médecins ont exposé que l'évolution des douleurs chroniques du membre supérieur gauche était défavorable, puisque la symptomatologie s'était aggravée et que la zone douloureuse s'était étendue pendant les cinq dernières années, malgré une tentative de traitement antidépresseur et un traitement actuel de prégabaline à haute dose. L'assurée, dont la situation socioprofessionnelle était précaire, souffrait également d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, qui pouvait modifier le seuil de la douleur (son score sur l'échelle de Beck étant de 32).

30. Par rapport du 21 août 2012, la Dresse U\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service de psychiatrie générale des HUG, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Elle a exposé que la symptomatologie de l'épisode dépressif restait en grande partie superposable à celle de l'expertise du 4 mars 2009, mais relevait l'apparition d'une plainte liée à des difficultés de concentration légères et de troubles mnésiques légers qui n'avaient pas été investigués par des tests spécifiques. Elle a retenu des symptômes évoquant une phobie spécifique chez sa patiente de perdre connaissance et de rester en situation de vulnérabilité, à savoir un sentiment d'angoisse, d'oppression thoracique et de palpitations au moment de sortir seule de chez elle. Ces symptômes disparaissaient si l'assurée était accompagnée par un tiers à même de la secourir en cas d'évanouissement, et diminuaient lorsque celle-ci restait à proximité de son domicile. Le trouble s'était vraisemblablement développé quelques années auparavant, lorsqu'elle avait perdu

connaissance en présence de son fils en bas âge et d'une amie, qui l'avait secourue. Elle conservait depuis lors une grande angoisse liée à sa propre vulnérabilité et à celle de son fils, ainsi que vis-à-vis de l'hypothétique danger encouru. L'assurée souhaitait reprendre une activité professionnelle, si elle trouvait un patron comprenant sa situation.

31. Par avis du 28 août 2012, la Dresse R\_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle n'était pas entièrement convaincue de l'aggravation alléguée de l'état de santé, mais proposait dans le doute d'instruire la nouvelle demande de prestations. En effet, le diagnostic de phobie spécifique rapporté par la Dresse U\_\_\_\_\_ n'avait pas été retenu dans l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ de 2009. L'expert avait certes relevé quelques symptômes d'attaque de panique, mais il avait considéré que la symptomatologie n'était pas convaincante, si bien qu'il avait préféré retenir des traits de personnalité histrioniques.
32. Par rapport du 12 décembre 2012, les Dresses V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et U\_\_\_\_\_, toutes deux médecins auprès du Service de psychiatrie générale des HUG, ont déclaré avoir suivi l'assurée du 21 mai 2012 au 30 novembre 2012. Elles ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis 2001, de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline depuis l'âge adulte, de phobie spécifique de perdre connaissance et de rester en situation de vulnérabilité depuis cinq ans environ, et de douleurs neuropathiques du membre supérieur gauche depuis 2001. Elles observaient une patiente ponctuelle, vigile, bien orientée, calme et relativement collaborante, sans agitation ni ralentissement psychomoteur. Le contact visuel était faible, la thymie triste et l'affect congruent, avec des pleurs. L'assurée présentait des idées de mort sans intention suicidaire depuis l'âge de seize ans, une culpabilité excessive en lien avec ces idées, une fatigabilité, un riche réseau social, une altération de l'estime de soi, un trouble mnésique et des difficultés de concentration légers, un discours fluide, légèrement dégressif et relativement informatif, une intolérance à la frustration et une réactivité de la thymie aux événements extérieurs. L'assurée se plaignait principalement de ses douleurs, de sa fatigue et de troubles du sommeil. De l'avis des médecins, elle présentait une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, une problématique d'anxiété se manifestant notamment par une symptomatologie de phobie spécifique lorsqu'elle devait sortir seule de son domicile (sentiment d'angoisse, oppression thoracique, palpitations, évitement de la situation), une projectivité, une labilité de l'humeur, une difficulté d'adaptation et un besoin de reconnaissance très important qui pouvait être associé au diagnostic de personnalité émotionnellement labile. L'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique mensuel ainsi que d'un traitement psychotrope journalier. Elles ont estimé qu'une activité lucrative n'était pas exigible et vu l'évolution défavorable intervenue au cours des dix dernières années, il n'y avait pas d'argument en faveur d'une amélioration future de la symptomatologie dépressive,

qui avait évolué vers la chronicité. Les limitations de l'assurée concernaient ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance.

33. Par rapport du 9 janvier 2013, le Dr W\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a déclaré suivre l'assurée depuis le 20 janvier 2012. Il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, de syndrome douloureux chronique et de status après trois opérations des avant-bras, lesquels étaient présents depuis plus de dix ans. Il a également posé le diagnostic d'intolérance au glucose. Sa patiente était très incommodée et il ne pronostiquait pas d'amélioration dans un futur proche. Il confirmait un traitement psychotrope et antalgique. Les limitations d'ordre somatique étaient une fatigue importante et des douleurs au niveau du bras et du dos. Celles-ci ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de la capacité de travail.
34. Par rapport du 30 janvier 2013, complétant le rapport du 12 décembre 2012, la Dresse AA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès du Service de psychiatrie générale des HUG, a exposé que l'incapacité de travail totale de l'assurée était survenue en 2001, en raison de douleurs persistantes suite à l'opération du kyste de la main gauche. La capacité de travail de cette dernière dans une activité adaptée était nulle, compte tenu de sa dépression sévère. Les limitations retenues, qui correspondaient aux symptômes de la dépression sévère, étaient une fatigue, une diminution de l'élan vital, de la concentration, de la motivation et de la résistance au stress, une labilité de l'humeur, une intolérance à la frustration et des troubles du sommeil. Ces symptômes rendaient impossible toute activité professionnelle.
35. Par avis du 3 mai 2013, la Dresse R\_\_\_\_\_ a estimé que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié depuis la décision du 19 juin 2009 et que les conclusions du SMR du 15 mai 2009 restaient d'actualité. Selon le rapport de la Dresse U\_\_\_\_\_ du 21 août 2012, la symptomatologie dépressive était en effet superposable à celle de l'expertise de 2009 et même si ce rapport laissait entendre que la symptomatologie anxieuse avait évolué vers un trouble phobique spécifique, le rapport ultérieur du 21 décembre 2012 décrivait une symptomatologie globalement superposable à l'expertise. En outre, les craintes de l'assurée lorsqu'elle devait sortir seule de son domicile n'atteignaient pas l'ampleur d'une agoraphobie ou d'une phobie sociale. De surcroît, la Dresse U\_\_\_\_\_ avait relevé que les douleurs restaient au premier plan des plaintes, comme l'avait également constaté le Dr O\_\_\_\_\_, et il convenait de souligner que l'assurée avait conservé un « riche réseau social ». Le reste des constatations cliniques de la Dresse U\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément nouveau par rapport à celles du Dr O\_\_\_\_\_.
36. Le 17 mai 2013, l'OAI, faisant siennes les conclusions du SMR du 3 mai 2013, a soumis à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui refuser le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. En effet, il n'y

avait pas de modification de son état de santé depuis la décision du 12 juin 2009 et les conclusions du SMR du 15 mai 2009 restaient valables. Elle présentait ainsi dès le mois de juin 2005 une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit un degré d'invalidité de 10% n'ouvrant pas de droit à la rente ni à un reclassement. Le droit à l'orientation professionnelle devait également être nié, vu le nombre significatif d'activités non qualifiées des secteurs de la production et des services adaptées à ses empêchements. L'assurée n'avait pas davantage droit à une aide au placement, car son atteinte à la santé ne la limitait pas dans la recherche d'un emploi.

37. Par décision du 27 juin 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 17 mai 2013.
38. Par acte du 29 août 2013, l'assurée, représentée par un conseil, interjette recours contre la décision du 27 juin 2013, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2012. La recourante soutient en substance que le rapport du Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG du 10 novembre 2010 ainsi que les différents rapports des Dresses Q\_\_\_\_\_, U\_\_\_\_\_ et AA\_\_\_\_\_ ne sont pas superposables au rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ et font état d'une aggravation de son état de santé psychique, laquelle est intervenue depuis le mois de novembre 2010, date du rapport du Centre multidisciplinaire de la douleur. Elle présente une affection chronique sans amélioration depuis de nombreuses années, malgré un suivi médical et une compliance médicamenteuse adéquats. Il existe une explication objective à ses douleurs, puisque les deux opérations du bras en 2001 et 2004 ont entraîné des limitations fonctionnelles reconnues dans les deux expertises. À l'époque, le Dr O\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu le caractère invalidant du trouble somatoforme et du trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne parce qu'il estimait qu'il n'y avait pas de retrait social important, ni de comorbidité psychiatrique grave, et qu'il espérait une amélioration du trouble dépressif. Loin de se résorber, le trouble dépressif s'est cependant aggravé, puisque les rapports des médecins du Centre multidisciplinaire de la douleur et du Service de psychiatrie des HUG font état d'un état dépressif variant de grave à moyen puis à nouveau de grave, d'un état d'anxiété se manifestant par une phobie lorsqu'elle doit sortir de son domicile, d'une fragilité narcissique, d'une baisse de la motivation et de la résistance au stress, de difficultés d'adaptation et d'une fatigue rendant impossible l'exercice d'une activité lucrative.
39. Par avis du 17 septembre 2013, les Dresses R\_\_\_\_\_ et AB\_\_\_\_\_ expliquent que le rapport du Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG fait certes état d'un état dépressif récurrent sévère, mais que le diagnostic somatique de status post ablation d'un schwannome est inexact, la tumeur excisée étant en réalité un lipofibrome, de sorte que ce rapport contient une imprécision qui jette un certain discrédit sur sa valeur probante. S'agissant des rapports de la Dresse U\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée jusqu'en décembre 2012, elles ont retenu par avis du 30 mai 2013 que ces rapports ne faisaient pas apparaître de changement notable par

---

rapport à l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_. Quant au rapport du 30 janvier 2013 de la Dresse AA\_\_\_\_\_ évoquant une dépression sévère, il a été établi sur la base du dossier et d'un seul entretien avec l'assurée, et ne justifie pas son appréciation divergente du degré de sévérité de la dépression par rapport à la Dresse U\_\_\_\_\_, ni n'allègue d'aggravation de la dépression entre décembre 2012 et janvier 2013. En définitive, certains documents médicaux suggèrent une aggravation du tableau douloureux et psychiatrique, mais essentiellement sur la base d'éléments qui semblent subjectifs, tandis que les éléments objectifs plaident contre l'aggravation. Elles proposent donc une reprise de l'instruction, laquelle pourrait permettre la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, voire bidisciplinaire afin de se déterminer sur l'éventuelle aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_.

40. Par réponse au recours du 24 septembre 2013, l'intimé, se fondant sur l'avis du SMR, propose que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire, réservant ses conclusions au cas où la Cour de céans déciderait d'instruire le dossier.
41. La recourante n'a pas déposé d'observations dans le délai imparti.
42. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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 teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit

---

s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2010. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de cette loi, puis dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2012, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé a subi, depuis la décision du 12 juin 2009, une aggravation notable influençant son degré d'invalidité et, partant, son droit à une rente d'invalidité.
6. a) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents,

une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

b) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA, c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

7. 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. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). 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 (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré

---

(MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

8. La reconnaissance de l'existence 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 396, consid. 5.3). 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 (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 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

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 (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2).

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 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 (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1).

A l'inverse, 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 (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié I 488/04 du 31 janvier 2006, consid. 3.3).

9. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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, en principe, lorsqu'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 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/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

- 
11. a) En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé entre la décision de refus de rente d'invalidité du 12 juin 2009, dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et la décision litigieuse du 27 juin 2013.

L'intimé a considéré que l'aggravation de l'état de santé de la recourante était plausible, puisqu'il est entré en matière sur sa seconde demande de prestations d'invalidité. Il a finalement rejeté cette demande, se fondant sur l'avis du SMR qui considérait en substance que les « informations médicales apportées dans le cadre de la demande subséquente » démontraient que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié depuis le 12 juin 2009.

b) Contrairement à l'intimé, la Cour de céans estime que certains rapports des médecins de la recourante, postérieurs à l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ du 25 février 2009, suggèrent que l'état de santé de cette dernière pourrait s'être aggravé. En effet, les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG ont retenu, entre autres, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, précisant que celui-ci était susceptible de modifier le seuil de la douleur (rapport du 18 novembre 2010). Ils ont fait état d'une évolution défavorable des douleurs chroniques du membre supérieur gauche avec une aggravation de la symptomatologie et une extension de la zone douloureuse sur les cinq années précédant leur examen clinique. La Dresse Q\_\_\_\_\_ a retenu pour sa part un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Elle a exposé que ce trouble s'était progressivement aggravé depuis 2001, que la capacité de travail de la recourante était nulle sur le plan psychiatrique et que son pronostic était « extrêmement réservé » (cf. rapport du 9 décembre 2011). La Dresse AA\_\_\_\_\_ a également retenu une dépression d'intensité sévère et une incapacité de travail totale, relevant la présence de différents symptômes de dépression sévère (une fatigue, une baisse de l'élan vital, de la concentration, de la motivation, de la résistance, une labilité de l'humeur, une intolérance à la frustration et des troubles du sommeil). Dans la mesure où deux des rapports précités retiennent un trouble dépressif de gravité sévère au moment de l'examen clinique, et qu'un troisième fait état d'une gravité moyenne à sévère, ces rapports s'écartent du diagnostic d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen, retenu par les médecins du SMR et par le Dr O\_\_\_\_\_, et font ainsi état d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante. En outre, cette dernière a déclaré avoir été hospitalisée à la Clinique de Montana en février 2011, comme cela ressort du procès-verbal de l'intimé du 16 mars 2012. Partant, on ne peut pas exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique depuis l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, attendu que ce dernier avait notamment considéré en 2009 que le trouble dépressif d'état actuel moyen ou modéré ne constituait pas une comorbidité psychiatrique grave du syndrome douloureux somatoforme persistant (cf. rapport d'expertise du 25 février 2009, p. 15). On ne peut davantage écarter toute aggravation sur le plan

somatique postérieurement à l'examen du SMR du 24 novembre 2006, puisque le rapport des HUG du 18 novembre 2010 fait état d'une évolution défavorable des douleurs chroniques ainsi que d'une aggravation de la symptomatologie et d'une extension de la zone douloureuse sur les cinq années précédant ce rapport. Dans ses dernières écritures, l'intimé ne conteste d'ailleurs plus la possibilité d'une aggravation, puisqu'il conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire sur la base de l'avis de son service médical, lequel envisage la mise en œuvre d'une expertise « psychiatrique voire bidisciplinaire ».

c) Cela étant, les rapports des médecins de la recourante postérieurs à l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment motivés pour qu'on puisse sans autre leur reconnaître pleine valeur probante et se fonder sur ceux-ci pour déterminer l'état de santé de la recourante. Ils retiennent par ailleurs des diagnostics relativement hétérogènes, de sorte que la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur l'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision de refus de rente d'invalidité du 12 juin 2009, ni sur l'incidence de son état de santé sur sa capacité de travail.

d) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). Lorsque le juge considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, il peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

e) Dans la mesure où l'intimé est entré en matière sur la demande de révision de la recourante, mais a pris le parti de la rejeter sans élucider la question de

l'aggravation de son état de santé, ni celle des conséquences de cette éventuelle aggravation sur sa capacité de travail, il n'a pas satisfait à son obligation d'instruire. Il n'appartient toutefois pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier doit être renvoyé à l'intimé, afin que celui-ci mette en œuvre une expertise bidisciplinaire somatique et psychiatrique, laquelle sera confiée à des experts indépendants.

Il conviendra que les experts se déterminent sur l'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante et sur l'évolution de sa capacité de travail depuis l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_.

12. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre l'expertise susmentionnée selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA.

La recourante, représentée par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'une indemnité de 1'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS/GE 5 10.03).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de 200 fr. est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 27 juin 2013.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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