

GE_GERICHTE A/264/2012 vom 18. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_264_2012

FR: GE_GERICHTE A/264/2012 du 18 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/264/2012 del 18 settembre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.09.2012
A/264/2012

A/264/2012 ATAS/1124/2012 du 18.09.2012 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/264/2012
ATAS/1124/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 18
septembre 2012 2ème Chambre En la cause Madame P _____, domiciliée à Genève,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN
Monique recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, Case postale 2696, 1211 Genève 2 intimé EN FAIT
Madame P _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1954, d'origine
marocaine, est mariée et mère de deux enfants, nés en 1991 et 1993. Au Maroc, elle a suivi
l'école jusqu'au collège, puis a travaillé comme secrétaire et caissière et elle est venue en
Suisse en 1990. L'assurée y a travaillé en qualité de gouvernante, employée de maison et
d'aide ménagère. Elle a séjourné en Espagne de fin 1997 à septembre 1999. De retour à
Genève, elle a été au chômage. L'assurée a subi un accident le 15 novembre 1999 : lors du
freinage intempestif d'un bus, elle a été projetée en avant et elle a chuté en avant. Elle a été
incapable de travailler à 100% jusqu'au 4 août 2000, puis à 50%. L'assurée a déposé une
demande de prestations d'invalidité le 2 octobre 2000 auprès de l'OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI), en raison
de cervicalgies chroniques et trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée.
Elle souffre de douleurs de l'épaule et de la hanche gauches, ainsi que de cervicalgies sans
amélioration malgré la médication et d'un état dépressif selon l'avis du Dr A _____ du
20 novembre 2000. Elle a séjourné à la Clinique romande de réadaptation du 17 juillet au 4
août 2000, en raison de la persistance des cervicalgies du côté gauche, associées à des
céphalées et quelques vertiges. Selon le rapport du 26 août 2000, les diagnostics sont des
cervicalgies chroniques, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, un
probable syndrome douloureux somatoforme persistant et un canal cervical étroit
congénital. En raison de l'évocation d'un TCC lors de l'accident, un bilan
neuropsychologique est pratiqué, qui révèle des troubles mnésiques modérés, un
ralentissement et des difficultés attentionnelles chez une patiente déprimée, selon la
consultation psychiatrique. Six mois après une chute dans un bus, les médecins relèvent la
discordance entre les plaintes importantes et les constatations objectives relativement
maigres, car les seuls éléments objectifs mis en évidence durant le séjour sont un canal
cervical étroit congénital, ainsi qu'un début de cervicarthrose, qui ne peuvent pas expliquer
toute la symptomatologie présentée par la patiente, ni les troubles de l'adaptation avec un
état dépressif prolongé. La capacité de travail est de 50%, en tenant compte du trouble de
l'adaptation et du probable syndrome douloureux somatoforme. L'assurée a été considérée
comme active selon le rapport d'enquête ménagère du 17 février 2003. Selon les avis du

SMR des 7 avril 2003 et septembre 2004, une activité légère à 100% est exigible, les difficultés dans son métier étant liées à l'épaule gauche et aux genoux, mais vu la gravité de l'état dépressif, on ne peut pas attendre une capacité de travail qui dépasse 50%. L'assurée a participé à trois stages d'orientation de février 2004 à janvier 2005, qui ont mis en évidence sa capacité de reclassement dans une activité légère. Elle a été mise au bénéfice d'un reclassement en qualité d'employée de bureau, dans un foyer, puis un EMS durant toute l'année 2005. Le reclassement a été achevé en janvier 2006, l'activité d'employée de bureau étant adaptée à ses limitations fonctionnelles, à 50%, en raison de la gravité de l'état dépressif. Par décision du 22 juin 2006, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2000. Le revenu avec invalidité est fondé sur l'ESS 2002, TA1, femme, ligne T, niveau 4, pour 41,7 heures de travail, réévalué à la baisse à l'année 2000, à 50%, avec une réduction de 10%, en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles, soit 20'512 fr. Le revenu sans invalidité est fondé sur l'ESS 2002, TA7, niveau 4, dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration ainsi que de l'économie domestique (ligne 37), soit 42'409 fr. (41'370 fr.). L'assurée a bénéficié d'une aide au placement de l'OAI, sans succès, notamment du fait qu'elle était en incapacité de travail complète jusqu'en février 2007, en raison de l'atteinte psychiatrique. Suite à une nouvelle incapacité de travail durant plusieurs mois, en raison notamment d'une opération du pied, et en raison du peu de motivation de l'assurée de se réinsérer, le mandat de placement a été clôturé en septembre 2007. L'assurée a été placée par l'Office cantonal de l'emploi, dans le cadre des mesures cantonales, à 50% en qualité d'aide de home dans un EMS depuis le 24 janvier 2008. L'assurée a subi un accident le 4 août 2008, en tombant de vélo en Espagne, occasionnant des contusions multiples et est totalement incapable de travailler depuis lors. L'annonce de l'accident a été faite à la SUVA le 9 septembre 2008. L'assurée a subi un autre accident le 21 octobre 2008, se coinceant le pied entre la marche du tram et le trottoir. La SUVA a communiqué le cas à l'OAI, en décembre 2008, au titre de la détection précoce. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 13 janvier 2009. Le Dr A _____, médecin interne, atteste le 22 janvier 2009 que l'état de santé s'est aggravé en raison d'une lésion au genou droit et à l'épaule droite en septembre 2008, suite à un accident le 4 août 2008. Les IRM de l'épaule droite et du genou droit montrant, dans le premier cas, une tuméfaction du tendon du sus-épineux, un signal hyper intense traduisant un status post-rupture partielle, non transfixiante, un épanchement intra-articulaire et une contusion osseuse et, dans le second cas, un épanchement intra-articulaire, une chondropathie rotulienne et condylienne avec tendance à la subluxation externe de la rotule et arthrose fémoro-patellaire, des signes de gonarthrose avec lésions ostéocondrales superficielles, une dégénérescence kystique du ligament croisé postérieur, secondaire à une rupture partielle, un tendon rotulien tortueux, un signal hétérogène évoquant une tendinopathie avec œdème dans la partie antérieure et latérale interne. Selon l'avis du 2 mars 2009 de la Dresse B _____, médecin interne de la consultation psychiatrique de la Servette, l'état de santé est resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics, la tristesse est modérée à sévère, le discours monocorde, les plaintes somatiques multiples, l'assurée présente de la tension, de l'irritabilité, de l'intolérance à la frustration, de l'aboulie, de l'anhédonie modérée, des idées suicidaires récurrentes sans projet de passage à l'acte. Le pronostic est réservé car l'état clinique est stationnaire malgré plusieurs essais et adaptations thérapeutiques, l'état dépressif évolue sur un mode chronique. Sur le plan psychique, la capacité de travail est estimée au maximum à 50%. Selon le rapport du 6 avril 2009 du Dr C _____, spécialiste en orthopédie, l'assurée a souffert d'une déchirure (illisible) en

chutant à vélo sur l'épaule (droite ?) le 4 août 2008, impliquant une incapacité de travail de 100% depuis lors et une intervention étant prévue. Selon le rapport du 5 juin 2009 de la Dresse B _____, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.31). Elle n'a pas été hospitalisée psychiatriquement. Les difficultés relationnelles en lien avec le trouble de personnalité interfèrent avec la réponse au traitement médicamenteux pour l'état dépressif et les préoccupations somatiques associées aux douleurs chroniques interviennent dans l'entretien de l'état dépressif. Les restrictions sont des difficultés à répondre aux exigences professionnelles en raison des plaintes somatiques, une intolérance à la frustration et de la fatigue. Selon le courrier du Dr D _____, chef de clinique au Département de chirurgie orthopédique des HUG, du 23 juin 2009, l'assurée présente des douleurs des deux articulations depuis août 2008 suite à une chute à vélo. Elle a été opérée il y a un an de la cheville gauche par le Dr E _____, mais sans amélioration notable et souffre également de douleurs à la nuque. Même si on trouve des lésions à l'arthro-IRM il y a peu de chances qu'une chirurgie au niveau de l'épaule ou au niveau du genou aide la patiente, de sorte que le médecin abonde dans le sens d'une rente à 100%. Selon le courrier du 16 octobre 2009 du Dr F _____, spécialiste en rhumatologie, l'assurée souffre de fibromyalgies depuis 2004, ce qu'il avait alors déjà diagnostiqué. Il partage l'avis du Dr D _____, l'assurée est en incapacité totale de travail pour trois problèmes : une fibromyalgie, une déchirure du sus-épineux droit et une gonarthrose droite. Elle ne peut pas soulever de charge, pas porter plus de 5 kg, ni monter ou descendre les escaliers, ni rester debout plus de 45 minutes et doit pouvoir changer régulièrement de position toutes les 45 minutes, sans se mettre à genou, ni faire des mouvements répétés avec le membre supérieur droit. L'assurée a séjourné à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) du 17 novembre au 15 décembre 2009. Le rapport de la CRR du 28 janvier 2010 mentionne le diagnostic primaire de thérapie physique et fonctionnelle et, au titre de diagnostics secondaires, chute à vélo le 4 août, contusion du pied droit le 13 octobre 2008, contusions, ruptures partielles du LCP, chondropathie rotulienne et condylienne, gonarthrose bilatérale, tendinopathie du tendon rotulien, rachialgie cervico-dorso-lombaire, état douloureux étendu, trouble dégénératif lombaire. Au titre de comorbidité, le rapport signale un syndrome douloureux somatoforme persistant chez une patiente à traits histrioniques, une hypertension artérielle et une hypothyroïdie, ainsi que des apnées du sommeil. Durant le séjour, plusieurs investigations ont été menées, soit des radios de la colonne, des chevilles et des genoux, ainsi que des épaules, un CT scan de la cheville droite, un ENMG et une évaluation des capacités fonctionnelles. L'examen de la patiente, ainsi que les investigations ont donné lieu à un consilium de l'appareil locomoteur, un consilium psychiatrique, un consilium du rachis, ainsi qu'un rapport de physiothérapie. Le rapport mentionne dans le détail les plaintes de la patiente, ainsi que l'examen clinique effectué. L'examen électro-clinique est normal, il n'y a ni déficit sensitivomoteur, ni altération des réflexes myotatiques des quatre membres et aucun indice d'altération vestibulo-cérébelleuse. Le bilan ENMG effectué permet d'écarter une polyneuropathie, une neuropathie d'enclavement. Lors des divers examens, le comportement douloureux est marqué avec de nombreux soupirs, gémissements et autolimitations. Plus de 11 points de fibromyalgie sur 18 sont sensibles et la pression même légère sur certains d'entre eux provoque un sursaut. Les signes et symptômes de non-organicité de Waddell sont de 3 à 4 sur 5. Du point de vue purement

somatique, il n'existe aucune lésion permettant d'expliquer l'importance de la symptomatologie douloureuse et du handicap fonctionnel. S'agissant des épaules, le bilan radiologique et l'IRM montrent une coiffe en ordre avec un bourrelet postérieur un peu hétérogène et un aspect de contusion très limité de la tête humérale, sans indication opératoire. Concernant le rachis, il n'y a au status aucune anomalie significative à l'examen cervico-dorsolombaire et il n'y a pas d'atteinte traumatique ou malade de la colonne qui puisse expliquer ces douleurs cervico-dorso-lombaires, la patiente présentant un état douloureux étendu. Du point de vue psychique, une certaine labilité émotionnelle en lien avec des traits histrioniques est relevée. La symptomatologie douloureuse est à l'avant-scène, mais une discordance entre les évènements objectifs et les plaintes est mentionnée, avec une certaine détresse, ce qui fait retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, sans lien entre l'état psychique et les traumatismes en question. La prise en charge de physiothérapie individuelle, active et passive, ainsi qu'en groupe n'a permis aucune amélioration subjective, ni objective. Les mobilités actives sont toujours difficiles à interpréter étant donné leur fluctuation, le programme de physiothérapie est difficile à mettre en place, en raison des fortes autolimitations liées à l'importance de la perception douloureuse de la patiente. En conclusion, du point de vue somatique, il n'y a donc pas de lésion objective qui permet de justifier une incapacité de travail au long terme. Cependant, tous les facteurs non médicaux présents ainsi que la détresse sociale rendent peu optimistes quant à une reprise effective d'une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. Les médecins prescrivent une incapacité de travail dans la profession d'aide-soignante à 100% du 17 novembre 2009 au 15 janvier 2010, à réévaluer. L'assurée a subi deux nouveaux accidents. En février 2010, elle a chuté sur un passage piéton devant l'OAI et est restée une nuit aux HUG. En mars 2010, devant l'OAI, elle a été trainée par un bus sur 3 mètres, sans témoin, ni hospitalisation et a depuis lors mal au bras gauche, à la tête, etc. Sur ce, le Dr A._____ atteste le 26 mars 2010 d'une aggravation de l'état de santé, suite à une chute avec un traumatisme crânien le 1^{er} février 2010, impliquant des céphalées post-traumatiques, ainsi qu'une capsulose rétractile de l'épaule gauche suite à l'accident du 8 mars 2010. L'IRM du cerveau du 18 février 2010 ne montre ni hématome, ni dilatation, ni autre anomalie. Selon l'avis du 16 avril 2010 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, remplaçant le médecin d'arrondissement de la SUVA, l'évaluation stationnaire approfondie effectuée par la CRR a conclu, du point de vue somatique, à l'absence de lésions susceptibles de justifier une incapacité de travail prolongée, soulignant la présence de facteurs non médicaux et une détresse sociale, de sorte que la problématique présentée par l'assurée relève principalement de facteurs non organiques et de facteurs psychiatriques, les accidents de 2008 n'ayant entraîné aucune lésion structurelle avérée susceptible d'expliquer les troubles douloureux présentés ou de justifier une quelconque incapacité de travail prolongée. Selon l'avis du 22 juillet 2010 du Dr H._____, psychiatre de l'assurée depuis septembre 2009, la patiente souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, d'abus d'alcool et d'un syndrome d'apnée du sommeil non traité. Les épisodes dépressifs accompagnent les douleurs chroniques suite à plusieurs traumatismes. Les traitements antidépresseurs n'ont pas permis d'amélioration significative, l'assurée vivant une situation affective et sociale difficile et complexe. Chaque accident implique des séquelles douloureuses invalidantes et, actuellement, la patiente présente un épisode dépressif d'intensité moyenne chronique, caractérisé par une perte d'estime, de la tristesse, une baisse de l'énergie, des troubles de la concentration, des troubles du sommeil, des ruminations

négatives et des idées de mort, avec par moment, des bouffées d'angoisse et des alcoolisations. Selon le psychiatre, l'assurée est totalement incapable de travailler depuis septembre 2009, en raison des douleurs permanentes, des troubles de la concentration et de l'attention, d'une perte d'énergie. Le Dr I _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a examiné l'assurée entre le 22 et le 30 juin 2010, en raison des vertiges ressentis par l'assurée. Celle-ci a présenté un déficit vestibulaire brusque à droite, qui peut intervenir après un TCC, les symptômes devant progressivement diminuer par un processus compensatoire. Le médecin est frappé par l'état dépressif et les céphalées et se demande s'il n'y a pas un auto-entretien de ces douleurs en raison des très nombreux médicaments anti-inflammatoires et antalgiques que la patiente semble prendre chaque jour. Le médecin ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée. L'assurée a été examinée le 17 décembre 2010 par le Dr. G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique pour la SUVA. Le rapport de cet examen final contient un résumé du dossier depuis l'accident de novembre 1999 jusqu'à l'accident du 8 mars 2010. Il mentionne que les troubles de l'épaule gauche relèvent de l'évolution de la lésion initiale de la coiffe suite à l'accident de 1999 et que le syndrome sous-acromial de l'épaule droite peut être imputé à la lésion du sus-épineux mis en évidence après l'accident de 2008. Les accidents ultérieurs n'ont pas entraîné de lésion structurelle susceptible d'aggraver les séquelles des accidents de 1999 et de 2008. Il en va de même pour les troubles dégénératifs vertébraux et le canal cervical étroit qui ont tout au plus pu être passagèrement aggravés par les différents accidents survenus, mais n'ont pas entraîné de lésion telle qu'une fracture vertébrale susceptible de péjorer de façon déterminante la comorbidité dégénérative vertébrale préexistante. Sur le plan de l'exigibilité, l'assurée pourrait mettre en valeur une pleine capacité dans toute activité n'exigeant pas de port de charges lourdes, ni sollicitations soutenues de l'épaule au-dessus de l'horizontale, sans tenir compte de la comorbidité vertébrale dégénérative invalidante, ni de l'état dépressif chronique, sans lien avec les accidents. Selon l'avis du SMR du 24 janvier 2011, les avis de la SUVA et de la CRR sont convaincants, sur le plan somatique, mais il convient de procéder à un examen psychiatrique. Le rapport du 13 mai 2011 du Dr J _____, psychiatre, se fonde sur l'entretien qu'il a eu le 12 avril 2011, les tests psychométriques et leur correction, ainsi que les documents transmis par l'OAI. Le rapport contient un long résumé du dossier. L'anamnèse est détaillée. S'agissant des plaintes de l'assurée, celle-ci annonce des douleurs multiples concernant toutes les articulations et les muscles, des vertiges et des nausées. Toute une batterie de tests psychométriques sont effectués, l'expert relevant une très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro et d'auto-évaluation, tous surcotés, ce qui suggère une tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes, expliquant par avance la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin-traitant, le second faisant par définition le postulat de sincérité de son patient. Lors de l'examen clinique, l'expert relève que l'assurée a un visage triste et s'exprime d'une voix monocorde, ayant les larmes aux yeux, et exprimant son inutilité, de la déception, de la colère, une nette baisse de l'humeur, de la motivation, une perte de plaisir dans la plupart des activités quotidiennes. La patiente a tendance à l'hypersomnie, faisant la sieste tout l'après-midi. Il n'y a pas de trouble de l'anxiété. Durant l'entretien, l'assurée fait appel à des mécanismes primitifs de défense, soit le clivage, la projection, l'idéalisation primitive, l'identification projective, l'expert retenant un état dépressif majeur chronique, actuellement de gravité moyenne; un trouble somatoforme indifférencié, une personnalité avec des traits histrioniques, un fonctionnement du registre état limite. Après une discussion du cas, incluant l'appréciation du psychiatre de la CRR,

l'expert retient que l'incapacité de travail reste à 50% depuis juin 2004, d'un point de vue psychiatrique, sans diminution de rendement. Selon l'avis du SMR du 16 juin 2011, les avis de la SUVA, de la CRR et du Dr J_____ sont convaincants, de sorte que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle reste de 0% comme auparavant et que l'incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles reste à 50% depuis juin 2004. Par projet du 24 juin 2011, l'OAI refuse d'augmenter la rente d'invalidité, la capacité de travail dans une activité adaptée restant de 50%, du point de vue somatique et psychique. Par pli du 25 août 2011, l'assurée, représentée par une avocate, fait valoir qu'elle a subi trois accidents en 2010 et 2011, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire est nécessaire. L'expertise du Dr J_____ n'a pas de valeur probante, car il est de notoriété qu'il rédige des rapports contestables en faveur des assurances. L'assurée produit le rapport de la SUVA du 17 décembre 2010. Le SMR a maintenu son avis le 6 septembre 2011, la CRR ayant relevé qu'aucune lésion n'était imputable à l'accident de 2008, la comorbidité vertébrale dégénérative étant donc bien prise en compte, dès lors que la capacité de travail somatique dans l'activité habituelle est fixée à 0%. Par décision sur opposition du 29 septembre 2011, la SUVA a confirmé sa décision du 18 juillet 2011, mettant un terme au paiement des soins médicaux, hormis pour l'épaule gauche, allouant une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité de 14,5% (10% pour l'accident de 1999 et 4,5% pour l'accident de 2008) et refusant tout droit à la rente d'invalidité. D'une part, les troubles psychiques invalidants présentés par l'assurée depuis de nombreuses années ne sont pas en lien de causalité adéquate avec les accidents de 1999, 2008, 2009 et 2010. S'agissant du plan somatique, le médecin-conseil de la SUVA a conclu que l'assurée pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles retenues. Au demeurant, les spécialistes de la CRR ont certifié qu'il n'y avait pas, du point de vue somatique, de lésions qui empêchaient la reprise de l'activité d'aide-soignante. Par décision du 22 décembre 2011, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité. Par acte du 27 janvier 2012, l'assurée, représentée par son avocate, a formé recours contre la décision, sollicitant un délai pour le compléter. Par mémoire complémentaire du 15 mars 2012, l'assurée conclut à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente entière, à ce que son audition soit ordonnée ainsi qu'une expertise pluridisciplinaire. Elle conteste la validité de l'expertise psychiatrique du Dr J_____, qui n'examine pas les comorbidités psychiatriques alors qu'il retient un trouble somatoforme, réfute une augmentation de l'incapacité de travail de 50% à 100%, sans se prononcer sur une éventuelle gradation intermédiaire. L'assurée relève qu'elle a subi cinq accidents depuis 2008, qui révèlent de nouveaux troubles psychiques, qui ne peuvent pas être correctement pris en compte lors d'un entretien unique avec un expert. Elle souffre par ailleurs de douleurs cervicales, lombaires, aux épaules, aux poignets, aux deux genoux et aux deux pieds. La comorbidité vertébrale dégénérative invalidante ressortant du rapport de la SUVA n'a pas été investiguée par l'OAI. De plus, âgée actuellement de 58 ans, sans activité depuis août 2008, l'assurée n'est plus en mesure de retrouver un emploi léger adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail. Par pli du 11 avril 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. L'aspect médical a été soigneusement investigué et il est superflu d'administrer d'autres preuves. L'âge de la recourante au moment de la décision ne correspond pas à la limite d'âge à partir de laquelle la jurisprudence du Tribunal fédéral considère qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de travailler et il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de prendre en charge les situations où le bénéficiaire d'une rente partielle ne trouve pas de travail en raison de son âge. L'écoulement du temps n'est pas une atteinte à la santé, mais un paramètre inéluctable pour tous les assurés et ne peut, en soi,

légitimer l'augmentation d'une rente, sans quoi tout bénéficiaire de rente partielle approchant des 60 ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre à une rente entière. Par pli du 8 mai 2012, l'avocate de l'assurée relève que la deuxième demande de prestations d'invalidité est fondée sur une aggravation de l'état de santé depuis l'octroi d'une demi-rente, de sorte que ce n'est pas en raison de l'écoulement du temps qu'une augmentation de la rente est sollicitée, mais parce que les atteintes somatiques se sont péjorées, de même que l'atteinte psychiatrique. D'ailleurs, le Dr K_____, psychiatre de l'assurée, atteste d'une aggravation de l'état de santé psychique. L'assurée produit deux pièces: a) le rapport du Dr K_____, psychiatre, du 9 mars 2012, auquel l'expertise du Dr J_____ a été soumise. Il précise qu'il n'est pas un contre-expert, mais le psychiatre-traitant de l'assurée depuis le 11 août 2011. L'assurée est séparée de son mari. Elle est suivie depuis 1999 pour des épisodes dépressifs majeurs récurrents, une symptomatologie anxieuse ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant, suite à l'accident de 1999. Divers traitements antidépresseurs ont été tentés, mais sans succès. Le médecin est d'accord avec les diagnostics posés par le Dr J_____, y compris la question de la dramatisation et de l'amplification des plaintes, la position de victime et les mécanismes de défense. Il est toutefois d'avis que la patiente présente une symptomatologie anxio-dépressive qui varie en un temps cité, mais qui récidive fréquemment, ainsi que des symptômes douloureux chroniques dramatisés certes, mais sévères néanmoins et assez persistants, qui l'empêchent réellement de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, même à 50%. Le Dr H_____, qui a suivi l'assurée de 2009 à 2011, le confirme, mentionnant un mauvais pronostic concernant la reprise du travail, du fait de l'importance des comorbidités psychiatriques et somatiques. En tenant compte de la chronicité de l'état anxio-dépressif et des douleurs, même si elles sont dramatisées, la capacité de travail est nulle depuis plusieurs années. b) le courrier du 30 avril 2012 du Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique aux HUG, au Dr A_____. Revenant sur son appréciation, il indique qu'il y a malgré tout un substrat anatomique qui peut expliquer les douleurs de la patiente, sous forme de lésion ostéocondrale des dômes taliens des deux côtés. Il n'est toutefois pas question d'envisager une nouvelle intervention chirurgicale, mais plutôt de reconnaître sur les examens objectifs qu'il y a une situation anatomique défavorable et certainement incompatible avec une activité professionnelle, le médecin soutenant en définitive la demande d'AI avec rente entière, à la lumière des descriptions globales indiquées par le Dr A_____. Lors de l'audience du 26 juin 2012, l'assurée a indiqué qu'en février 2010, elle a chuté, en raison de la neige, sur la tête et le dos, et a été hospitalisée une nuit aux HUG. Elle souffre depuis lors de vertiges, de maux de tête et de dos. En mars 2010, en sortant du bus, sa main est restée coincée et elle a été traînée sur trois mètres, puis elle est tombée à terre. Le fait de devoir courir a réveillé les douleurs de la cheville gauche et du pied droit, ainsi que toutes les autres douleurs dont elle souffre, notamment le dos. Elle n'a pas été hospitalisée et elle est rentrée chez elle, car elle était arrivée à son domicile. Elle a subi un autre accident, en sortant de chez son médecin et en montant dans le tram, dont la marche s'est refermée sur son pied droit et elle a dû attendre que le chauffeur vienne la délivrer. Elle a été transportée à l'hôpital en ambulance et y est restée une nuit. Des radios ont été pratiquées, mais aucune opération n'a été nécessaire. Il lui semble qu'une opération est désormais envisagée. Elle ne se souvient pas de la date de cet accident, en particulier s'il a eu lieu avant ou après le séjour à la CRR. Le 21 avril 2011, alors qu'elle faisait des courses, elle a marché sur un morceau de pain et de fromage et elle est tombée en arrière. Elle ne s'est pas rendue à l'hôpital, mais chez son médecin, car elle

ressentait des douleurs. Elle estime être totalement incapable de travailler en raison d'une fibromyalgie, "d'une thyroïde", d'apnées du sommeil, pour lesquelles elle n'a pas supporté l'appareil proposé durant la nuit. Ses deux pieds, ses deux genoux, ses deux épaules et ses deux poignets sont atteints. Son médecin dit qu'elle est trop jeune pour des prothèses aux genoux. Elle souffre énormément de douleurs et ne peut pas monter les escaliers, plus entrer dans sa baignoire, pas rester assise, ni se lever, elle ne peut même pas éplucher les légumes. Elle souffre également de vertiges et de troubles de l'équilibre. Elle a été suivie par le Dr H_____, psychiatre, de 2009 à 2011 et il a refusé de continuer à la voir en raison de retard dans le paiement des factures, mais elle l'a encore vu une ou deux fois avant de consulter le Dr K_____. L'avocate de l'assurée a précisé que le Dr K_____ ne conteste pas le diagnostic du Dr J_____, mais son influence sur la capacité de travail et que la SUVA n'a pas tenu compte de l'atteinte lombaire dégénérative dans son appréciation, tout en admettant que l'instruction de la SUVA est complète s'agissant des accidents qui relevaient de sa compétence. Elle estime qu'il convient donc d'ordonner une expertise psychiatrique et somatique, afin d'examiner l'ensemble des atteintes et elle persiste également à réclamer un abattement de 25% sur le salaire d'invalidé, compte tenu notamment des limitations fonctionnelles, dès lors que l'état de santé s'est aggravé. La représentante de l'OAI indique que, selon le SMR, le Dr J_____ a implicitement reconnu le caractère de gravité des éléments de la jurisprudence concernant la fibromyalgie, dès lors qu'il a retenu une capacité de travail de 50%. Selon l'avis du SMR du 4 juin 2012 produit lors de l'audience du 26 juin 2012, le courrier du Dr E_____ est établi alors qu'il n'a pas vu l'assurée depuis un an et il estime désormais qu'il existerait un substrat anatomique pour expliquer les douleurs aux pieds de l'assurée, dont elle a été opérée à gauche il y a cinq ans, le courrier du médecin visant à soutenir la demande de rente entière d'invalidité de l'assurée. Le médecin ne fournit aucun élément objectif (examen clinique, imagerie). S'agissant du courrier de l'avocate du 8 mai 2012, le SMR rappelle qu'il a tenu compte des atteintes somatiques et précise que les difficultés de l'assurée d'ordre social pour trouver un travail (âge, marché du travail, etc.), ne relèvent pas du SMR. Un délai a été fixé aux parties pour se déterminer. Par pli du 30 juillet 2012, l'assurée rappelle que la SUVA admet que l'atteinte lombaire dégénérative est invalidante, sans avoir déterminé ses conséquences sur la capacité de travail, puisqu'elle ne relève pas d'un accident. Il s'agit-là d'une aggravation par rapport à la première décision. D'ailleurs, les limitations fonctionnelles somatiques constituent également une aggravation depuis la décision initiale, puisqu'alors, seules les atteintes à l'épaule gauche et aux genoux étaient invalidantes. Les autres atteintes qui existent désormais rendent l'assurée totalement incapable de travailler. Au demeurant, la première décision était basée sur un degré d'invalidité de 50%, sans abattement jurisprudentiel. L'assurée conclut à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à un ¾ de rente, l'abattement devant être de 25%. La cause a été gardée à juger le 14 août 2012. EN DROIT 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 er 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003 est applicable, ainsi que la LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1 er janvier 2008, la décision litigieuse datant de 2011, et l'aggravation de l'état de santé alléguée ayant débuté en été 2008. Le délai

de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une augmentation de sa demi-rente d'invalidité à un trois-quarts de rente ou une rente entière, singulièrement sur l'aggravation de son état de santé. 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^{er} 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). 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 1^{er} janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait

pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (arrêt 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). b) Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 et 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). 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. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. 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). A l'inverse, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71). 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. c) 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). 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 (ou d'une aggravation) 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). 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). En l'espèce, il convient de comparer la situation de juin 2006, lors de la première décision octroyant une demi-rente à l'assurée à celle de décembre 2011, lors de la décision refusant d'augmenter cette rente. Lors de l'octroi en 2006, l'assurée souffrait de cervicalgies chroniques, de douleurs à l'épaule gauche et aux deux genoux, qui n'étaient que partiellement objectivées, mais qui ont déterminé le SMR à retenir une totale incapacité de travail dans l'activité usuelle d'aide ménagère, mais une capacité de travail entière dans une activité légère excluant le port de charge, les déplacements prolongés ainsi que tous les travaux lourds et respectant les limitations de l'épaule gauche. La CRR relevait déjà la probabilité d'un trouble somatoforme douloureux, en l'absence d'explications objectives aux nombreuses plaintes de l'assurée et une capacité de travail de 50% en raison de l'état dépressif et du trouble somatoforme. C'est en raison de la persistance d'un état dépressif malgré les traitements entrepris que le SMR a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité légère adaptée. C'est ainsi que l'assurée a été reclassée dans l'activité de d'employée de bureau, mais que l'aide au placement a été abandonnée en raison du peu de motivation de l'assurée. Celle-ci a toutefois travaillé à 50% comme aide de home, placée par le chômage de janvier à août 2008 avant de partir en vacances en Espagne, où elle a subi en août un premier accident causant des contusions à l'épaule droite et au genou droit, sans fracture ni hospitalisation, avant la longue série d'accidents intervenus. Pour apprécier la situation somatique en 2011, la Cour estime que le rapport de la CRR du 20 janvier 2010 a pleine valeur probante. Il se fonde sur l'ensemble du dossier, sur des clichés récents, un examen complet, tant somatique que psychiatrique, une

évaluation de physiothérapie et une observation durant un mois complet et il tient compte des plaintes de l'assurée. Les médecins relèvent l'absence de cause médicale objective aux nombreuses et importantes douleurs de l'assurée et retiennent l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Le rapport de la SUVA du 17 décembre 2010 permet aussi d'établir que les accidents de février et mars 2010 n'ont impliqué aucune lésion et sont sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée. D'ailleurs, sous réserve des troubles dégénératifs, le conseil de l'assurée a admis en audience que l'instruction médicale de la SUVA était complète s'agissant des conséquences de l'ensemble des accidents subis. Or, la SUVA conclut que l'ensemble des lésions alléguées consécutivement aux divers accidents sont absolument sans conséquence sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, n'exigeant pas le port de charges lourdes, ni des sollicitations soutenues de l'épaule au dessus de l'horizontale. Contrairement au premier grief de l'assurée, il s'avère que l'examen de la CRR durant un mois fin 2009 a porté sur l'ensemble de l'état de santé de l'assurée, y compris les troubles lombaires dégénératifs, sans se focaliser sur les conséquences des accidents de l'été 2008 (ayant touché l'épaule et le genou droits) et d'octobre 2008 (ayant touché le pied droit). En particulier, la CRR relève que la patiente présente de "discrets troubles dégénératifs lombaires", que les images de la colonne montrent "une très discrète osteophytose", soit "rien d'autre que quelques troubles dégénératifs qui sont banals pour l'âge et ne peuvent pas expliquer le tableau clinique", de sorte que la CRR conclut qu'il n'y a pas d'atteinte traumatique ou malade de la colonne qui puisse expliquer les douleurs. Il s'avère ainsi que l'absence de substrat organique, l'importante autolimitation de l'assurée, les incohérences marquées entre le comportement algique, (soupirs, gémissements et pleurs) et l'examen objectif (qui ne justifie selon la CRR aucune limitation dans une activité adaptée) concernent aussi les quelques troubles dégénératifs. Certes, le rapport final de la SUVA du 17 décembre 2010 a pour but de déterminer si les troubles présentés sont (encore) en lien de causalité avec les accidents, de sorte qu'il indique, sans détailler ce point, que l'appréciation ne tient pas compte des troubles dégénératifs et psychiatriques invalidants. Ce rapport ne permet ni d'établir que les discrets troubles dégénératifs de l'assurée seraient postérieurs à la décision de 2006, ni qu'ils impliqueraient des limitations fonctionnelles supplémentaires ou une quelconque incapacité de travail dans une activité adaptée telle que celle retenue en 2006. Au demeurant, l'assurée ne se base sur aucun rapport médical ou d'imagerie pour justifier que lesdits troubles dégénératifs seraient déterminants, car ni le Dr A _____, ni le Dr F _____, ni les autres spécialistes consultés n'en font mention. Pour terminer sur le plan somatique, les divers rapports du Dr A _____ et celui du Dr E _____ ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation de la SUVA et de la CRR, ces médecins n'exposant pas de motifs objectifs aux douleurs multiples de leur patiente, le Dr E _____ se contentant, sans nouvel examen ni clichés, d'adhérer à l'avis du médecin traitant et d'envisager l'existence d'un éventuel substrat organique aux douleurs de pieds de l'assurée. Les plaintes liées aux vertiges et céphalées ont été investiguées du point de vue neurologique par la CRR et ne s'expliquent pas. Il faut donc admettre que l'assurée ne présente aucune nouvelle atteinte somatique objective invalidante. Les limitations fonctionnelles restent identiques à celles de 2006 (pas de port de charges, limitations des épaules) et la capacité de travail dans une activité adaptée reste entière. Il est donc établi qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé somatique impliquant une modification du taux d'invalidité retenu en 2006. Au surplus, il va de soi que les seules plaintes de l'assurée (douleurs aux deux pieds, aux deux genoux, aux deux épaules et aux deux poignets, impossibilité d'éplucher les légumes,

vertiges, céphalées, etc.) ne sauraient démontrer l'aggravation de l'état de santé somatique, au vu de l'importante dramatisation et amplification des plaintes par l'assurée. Du point de vue psychiatrique, l'assurée souffrait en 2006 d'une réaction dépressive prolongée, justifiant une incapacité de travail de 50%. S'agissant de la situation en 2011, il convient d'examiner l'avis des divers psychiatres consultés depuis 2006 et l'expertise du Dr J_____. A cet égard, l'accusation générale de partialité à l'égard de l'expert-psychiatre ne suffit pas pour écarter son rapport, l'assurée n'indiquant pas en quoi il ne serait pas probant, sous réserve de l'examen des comorbidités en cas de trouble somatoforme, ce qui sera abordé plus loin. En mars 2009, la Dresse B_____ estime que l'état de santé est stationnaire et retient une capacité de travail de 50%. Elle mentionne en juin 2009 un état dépressif récurrent, sévère à ce moment-là, sans hospitalisation et précise que l'état est fluctuant, sans se prononcer à nouveau sur la capacité de travail, les arrêts de travail étant faits par le généraliste. Fin 2009, le Dr L_____, psychiatre de la CRR relève une certaine labilité émotionnelle et des traits histrioniques, une thymie abaissée avec pleurs et baisse d'énergie, sans retenir de symptômes dépressifs majeurs. Le Dr H_____, qui suit l'assurée de septembre 2009 à juillet 2010, retient un syndrome somatoforme douloureux et un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, l'incapacité de travail totale qu'il mentionne étant due aux douleurs permanentes, ainsi qu'aux difficultés d'attention, de concentration et à une baisse d'énergie. En mai 2011, le Dr J_____ retient un trouble dépressif chronique de gravité moyenne et un trouble somatoforme indifférencié sur la base de l'ensemble du dossier, d'un examen clinique qui décrit les symptômes retenus et de la comparaison de tests psychométriques. L'expert estime que l'état de santé psychique ne s'est pas aggravé depuis 2004, car le tableau clinique reste identique. Le Dr K_____, qui suit l'assurée depuis août 2011, est d'accord avec les diagnostics posés par l'expert, mais estime qu'en raison de l'état dépressif et des douleurs chroniques sévères et persistantes, l'assurée ne peut pas travailler à 50%. Il s'avère donc que l'ensemble des psychiatres qui se sont exprimés retiennent (sous réserve d'un période limitée à juin 2009) que l'assurée souffre d'un trouble dépressif de gravité moyenne et d'un trouble somatoforme. La divergence entre l'avis de l'expert et celui des psychiatres traitants porte donc - en apparence - sur le taux d'activité. L'expert, tout comme la Dresse B_____, se prononce sur la capacité de travail du seul point de vue psychiatrique, soit 50% alors que les Dr H_____ et K_____ estiment leur patiente totalement incapable de travailler en raison de l'ensemble du tableau médical, soit les importantes douleurs chroniques et l'état dépressif de gravité moyenne. Dans la mesure où du point de vue somatique, il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé, il convient alors d'examiner la situation sur le plan psychique et il s'avère que l'état dépressif est resté de gravité moyenne selon tous les psychiatres. D'ailleurs, s'il s'agissait d'un état dépressif grave, cela n'aurait pas échappé à l'examen de la CRR lors d'un séjour d'un mois complet. Au demeurant, le Dr K_____, qui a suivi l'assurée dans le cadre des HUG en 2004 et qui la traite à nouveau depuis 2011, ne prétend pas que cet état dépressif serait devenu grave. Selon l'assurée, il eût fallu retenir l'état dépressif au titre d'une comorbidité psychiatrique grave et examiner les autres critères de la jurisprudence pour apprécier sa capacité de travail. Le rapport du Dr J_____ devrait ainsi être écarté à défaut d'examen de ces critères. Tout d'abord, on peut se demander si l'examen de la situation médicale de l'assurée sous cet angle ne reviendrait pas à une nouvelle appréciation d'une situation identique, prohibée en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Cela étant, selon la jurisprudence, la dépression d'intensité moyenne n'est en général qu'une manifestation réactive au trouble somatoforme ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé. Au

demeurant, un trouble dépressif d'intensité moyenne n'est pas une comorbidité suffisamment grave pour exclure toute capacité de travail. Finalement, l'ensemble des pièces médicales du dossier permettent d'établir que l'assurée ne présente en tout cas pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (vacances en Espagne, activités quotidiennes de l'assurée, visite réjouissante de sa mère, etc.), mais révèle une nette exagération des symptômes, de sorte qu'une totale incapacité de travail sur ces bases ne résisterait pas à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Ainsi, en admettant que la capacité de travail eut dû être examinée sous cet angle, il faut alors rappeler qu'en 2006, l'assurée présentait selon la CRR déjà un trouble somatoforme et que son état psychiatrique avait été jugé suffisamment grave pour limiter sa capacité à 50%, de sorte que c'est à juste titre que le Dr J_____ retient que le tableau clinique et l'intensité du trouble dépressif étant inchangé, l'état de santé ne s'est pas aggravé, admettant implicitement que l'examen de la comorbidité et des autres critères étaient réunis et justifiaient une incapacité de travail partielle. C'est d'ailleurs ainsi que l'OAI a compris l'expertise selon les déclarations de sa représentante en audience. Pour le surplus, les multiples accidents subis par l'assurée, pour autant qu'ils aient eu lieu dans les circonstances décrites, relativement invraisemblables, ne sont pas la démonstration de l'existence d'une pathologie psychiatrique évoquées par le conseil de l'assurée, aucun des psychiatres consultés ne posant un diagnostic à ce propos. La Cour estime ainsi que le rapport du Dr J_____, compte tenu des éléments ressortant de ceux des autres psychiatres, est suffisamment convaincant pour déterminer qu'il n'y a pas d'aggravation du point de vue psychiatrique. L'état de santé sur le plan somatique et psychique étant suffisamment instruit, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise bi-disciplinaire somatique et psychiatrique. A défaut d'aggravation de l'état de santé et de modification d'autres circonstances, outre l'âge qui n'est pas seul déterminant en matière de révision, il ne se justifie pas de procéder à la révision du droit de l'assurée de sa demi-rente d'invalidité, fondée en 2006 sur une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée avec un abattement de 10%, soit un taux d'invalidité de 51.5%. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le