

## **GE\_GERICHTE A/384/2011 vom 30. August 2011**

GE Cour de justice, 2011-08-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_384\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_384_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/384/2011 du 30 août 2011

IT: GE\_GERICHTE A/384/2011 del 30 agosto 2011

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.08.2011 A/384/2011

A/384/2011 ATAS/789/2011 du 30.08.2011 ( AI ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/384/2011  
ATAS/789/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 30 août 2011 1 ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame A\_\_\_\_\_, née en 1955 au Cameroun, vit en Suisse depuis juillet 2000. Licenciée en lettres, elle a occupé divers emplois dont ceux de courtière en assurances ou documentaliste. Elle a également travaillé en qualité d'employée d'entretien auprès de l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA du 25 juin 2001 au 10 janvier 2002, date à laquelle elle a été licenciée. L'assurée a déposé une première demande de prestations AI le 11 mars 2003. Dans un rapport établi à l'attention de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) le 29 avril 2003, la Doctoresse L\_\_\_\_\_ et le Docteur M\_\_\_\_\_ du Département de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont retenu les diagnostics de fibromyalgie depuis 2001, d'état anxio-dépressif avec troubles de l'adaptation et somatisation, et d'obésité morbide. Ils ont évalué l'incapacité de travail de l'assurée dans son activité d'aide de bureau à 100% du 9 au 10 janvier 2003 et du 26 février au 2 mars 2003, étant précisé que l'état de santé était stationnaire. Ils ajoutent que l'assurée ne peut actuellement pas travailler comme aide de bureau et qu'il n'est pas exigible qu'elle exerce une autre activité. Ils rapportent que "durant son travail de bureau, l'assurée dit ne plus pouvoir se concentrer ni finir les activités qu'elle commence, être très désordonnée et vite débordée". Les conséquences directes sont une lenteur dans l'accomplissement des tâches et surtout une incapacité à les terminer. Le pronostic est, selon ces médecins, difficilement évaluable, en ce sens que "la patiente présente un état anxio-dépressif sévère avec une fibromyalgie qui a tendance à la chronicité, l'empêchant de pratiquer plusieurs activités en même temps (professionnelle et familiale)". Dans un rapport du 8 juillet 2003, le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre à la consultation des Pâquis, a attesté que l'assurée présentait depuis 2001 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a indiqué qu' "en dehors des épisodes de recrudescence douloureuse ou d'effondrement consécutif à de mauvaises nouvelles concernant la santé de ses enfants ou l'évolution de son carcinome (suspicion de métastases), la patiente était nettement améliorée pendant les périodes où elle exerçait un emploi. Sur le plan strictement psychique, aucun arrêt de travail ne se justifie à mon avis sur le long terme". Les médecins du Département de médecine communautaire des HUG ont indiqué le 4 novembre 2005 que l'état de santé s'était aggravé, que l'assurée était en arrêt de travail depuis mars 2005 en raison d'un état anxio-dépressif sévère avec troubles de l'adaptation et d'une fibromyalgie, et

qu'elle était suivie au CTB par le Dr O\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 14 novembre 2005, le Dr O\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger, épisode actuel moyen, avec aggravation de l'aboulie, des ruminations anxieuses et des troubles du sommeil, en réaction à des difficultés familiales et sociales importantes. Il a indiqué qu'actuellement la patiente suivait un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré avec une bonne compliance, de sorte qu'il avait bon espoir de pouvoir la ramener à un temps de travail en tous cas partiel ultérieurement. Il a confirmé l'aggravation de l'état de santé devenue manifeste en octobre 2003. Le 10 juillet 2006, le Dr O\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu' "en novembre 2005, vu l'amélioration de l'état clinique, une reprise à 50% semblait envisageable. Néanmoins, la fille de la patiente est gravement tombée malade à cette même époque, a eu dès lors plusieurs hospitalisations, ce qui a beaucoup affecté la patiente et l'a considérablement fragilisée. Actuellement, la situation est à nouveau stable et je pense que la patiente pourrait reprendre une activité professionnelle à 50% dès, par exemple, le mois d'août ou de septembre. En novembre 2005, au vu de la complexité de la situation, l'évaluation de la capacité de travail nécessitait à mes yeux un examen complémentaire pour corroborer mon impression clinique. En effet, l'intrication de problématiques psychiatriques et somatiques complique passablement l'appréciation de la capacité de travail de la patiente, tout en sachant qu'elle a également un suivi en policlinique de médecine communautaire à l'hôpital cantonal auprès de la Dresse P\_\_\_\_\_ et également en endocrinologie. Mon impression en tant que psychiatre est celle d'une possibilité de reprise de l'activité professionnelle à 50%. Elle devrait être, par exemple, confirmée par mes collègues somaticiens". Par décision du 16 février 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI, au motif que "notre service médical (SMR) estime que les atteintes à la santé que vous présentez, ou que vous avez présentées, ne sont pas invalidantes au point de vous empêcher de reprendre l'activité salariée précédemment exercée". D'un résumé d'intervention CTB daté du 20 août 2008, il résulte qu'une prise en charge médico-infirmière individuelle et groupale, ainsi que quelques nuits ont été mises en place en début de suivi. La patiente a investi de façon très irrégulière le CTB et finalement a surtout bénéficié de quelques entretiens individuels. Le résumé d'intervention met en avant une intense fatigue, de l'apathie et surtout un manque d'appétit, mais souligne que malgré cela, elle arrive à maintenir son travail et à gérer plus ou moins sa situation au domicile. Il est indiqué que le suivi social a été maintenu à la consultation. Il est relevé que "l'attitude de l'assurée est plus positive en fin de suivi, mais les symptômes dépressifs persistent et la patiente n'a pas réussi à maintenir des horaires, surtout le matin. Le traitement médicamenteux n'a pas été modifié. A noter la présence d'une consommation d'alcool quotidienne à but anxiolytique". Un bilan de santé a été réalisé par son médecin traitant, où les valeurs des hormones thyroïdiennes n'étaient pas dans la norme ainsi que les enzymes hépatiques. Malgré une adaptation du traitement, les paramètres étaient toujours altérés en fin de suivi. L'assurée a travaillé du 10 décembre 2007 au 9 décembre 2009 dans le cadre d'un contrat à durée déterminée, auprès des HUG en qualité de commise administrative à mi-temps. L'employeur a annoncé le cas de l'assurée en détection précoce le 16 juillet 2009, à la suite de quoi un rapport d'évaluation a été établi le 28 août 2009. Par courrier du 2 septembre 2009, faisant suite à ce rapport, l'OAI a invité l'assurée à déposer une demande AI. La patiente s'est exécutée le 6 octobre 2009. Dans un rapport du 4 janvier 2010, les médecins du Département de médecine communautaire des HUG ont rappelé que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent avec symptôme psychotique depuis 2001 au moins et de fibromyalgie depuis 2001. Elle présentait également une obésité morbide, une hépatite C chronique, un status post

carcinome papillaire de thyroïde ou thyroïdectomie totale en 2002 et d'un status post curiethérapie et substitution par euthyrox depuis 2002, tous diagnostics sans effet sur la capacité de travail. Les médecins ont indiqué que l'évolution de l'état anxio-dépressif, sous traitement médical et suivi CTB, était défavorable, que les symptômes étaient une thymie triste, des signes de nervosité et anxiété, des troubles du sommeil et des douleurs diffuses. Le pronostic était en l'état stationnaire. L'assurée est en arrêt de travail à 100% depuis novembre 2009. Le 19 novembre 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, au motif que selon le Service médical régional AI (SMR), aucun élément médical objectif nouveau n'avait été apporté, de sorte que la capacité de travail est entière dans toute activité, théoriquement depuis toujours et sans limitation fonctionnelle justifiée. Ce projet a été confirmé par décision du 6 janvier 2011. Par courrier adressé à l'OAI le 3 février 2011, l'assurée a contesté ladite décision. Dans sa réponse du 7 mars 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. La Cour de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 3 mai 2011, ainsi que l'audition des Dresses Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_. La Dresse Q\_\_\_\_\_ a à cette occasion déclaré que "Je suis le médecin traitant de l'assurée depuis octobre 2010. Elle était à la consultation des Pâquis depuis 2001. Elle souffre d'un trouble dépressif chronique de degré moyen à sévère sans symptômes psychotiques et sans rémission complète entre les différents épisodes. Il s'agit bien d'une dépression chronique. Je dirais que son état s'est aggravé depuis octobre 2010. L'assurée souffre d'un trouble de dépendance à l'alcool lié à son état anxieux. Il y a par ailleurs une forte probabilité d'un trouble de la personnalité. A cet égard, je ne sais pas s'il s'agit d'un trouble mixte ou secondaire survenu à la suite d'une expérience de vie douloureuse. Je précise que l'assurée a perdu un enfant et qu'elle a trois enfants malades psychiquement. Ce type de trouble aggrave dans tous les cas l'état dépressif. Des diagnostics somatiques sont également posés, dont l'hépatite C qui devrait être traitée, mais qui ne peut l'être correctement en raison de l'état dépressif. Les médicaments nécessaires pour traiter l'hépatite C ont pour effet secondaire un état dépressif. Il n'est donc pas possible de prescrire ce type de médicament à un patient souffrant déjà d'un état dépressif. L'évolution de l'état de l'assurée varie selon la situation familiale difficile. L'assurée vit avec deux de ses enfants, tous deux présentant des atteintes psychiatriques importantes. L'agressivité de l'un influence l'état de l'autre en provoquant une décompensation. L'assurée présente une symptomatologie anxieuse et désorganisée, avec des traits persécutatoires, de sorte qu'il lui est impossible de gérer la situation. Elle a une difficulté majeure à l'adaptation. Une demande de curatelle est en cours. Reste une petite consommation d'alcool. L'alcool est pour elle une façon de soulager l'anxiété et les angoisses. D'une façon globale, depuis 2001, les améliorations constatées entre les épisodes sont limitées à 2-3 mois, pas plus. Je n'ai constaté aucune amélioration depuis octobre 2010. Le traitement d'antidépresseurs prescrit à l'assurée n'a pas apporté d'amélioration. La liste des médicaments figurant sur le rapport du 2 juillet 2010 est inchangée à l'exception du CYMBALTA qui a été remplacé par le CIPRALEX. Malgré sa forte envie de travailler, je considère que l'assurée en est incapable. Elle a du reste été licenciée des HUG, car elle ne réussissait pas à gérer son temps de travail correctement et rencontrait des difficultés relationnelles, en raison de son trouble de la personnalité. Pour moi, elle est incapable de travailler même dans une activité partielle, en tout cas pas à moyen terme. Elle pourrait travailler seulement si son état psychique s'améliorait de façon stable et durable. Je vois l'assurée à peu près toutes les 3-4 semaines, sauf aggravation. Elle a parfois des idées suicidaires. Je l'ai du reste adressée pour un traitement intensif au CTB en février-mars

2011. Elle a bénéficié de ce type de traitement à trois reprises depuis 2005." La Dresse R\_\_\_\_\_ a quant à elle déclaré que : "L'assurée est suivie depuis de nombreuses années dans le service de médecine de premier recours. Je la suis depuis novembre 2010. La patiente souffre d'un état anxio-dépressif majeur, d'une fibromyalgie, d'une hypertension artérielle qui est en voie d'être traitée, d'une hypothyroïdie, d'une hépatite C chronique qui elle n'est pas traitée du fait que le médicament adéquat est contre-indiqué en cas d'état dépressif, et d'obésité morbide. Je précise que seuls les deux premiers diagnostics peuvent avoir une influence sur la capacité de travail. Le diagnostic de fibromyalgie a déjà été posé en 2001. Je n'ai pas retrouvé dans le dossier l'examen portant sur les points douloureux. Je n'y ai pas procédé moi-même. Je ne me suis pas vraiment attachée à ce diagnostic, mais plutôt à ceux d'état anxio-dépressif et d'obésité morbide. Je considère que la patiente ne peut travailler à 100%, principalement en raison de ses problèmes psychiques, sociaux et familiaux qui l'empêchent notamment de se concentrer. Je ne suis pas en mesure de fixer un taux d'incapacité de travail. Je ne sais pas comment l'assurée occupe ses journées. Des anti-douleurs et des anti-inflammatoires lui sont prescrits, ainsi que la physiothérapie en piscine. Je dirais que son état est stable avec une évolution plutôt défavorable. Je relève que ma collègue a noté une amélioration de son état anxio-dépressif en août 2010, alors que j'ai moi-même constaté une péjoration en décembre 2010, période durant laquelle elle a dû être suivie de façon plus intensive au CTB." Invité à se déterminer, le médecin du SMR a, dans une note du 10 mai 2011, suggéré une expertise psychiatrique. Par courrier du 30 mai 2011, se référant expressément à l'avis du SMR, l'OAI a proposé de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique, compte tenu de la procédure en cours devant le Tribunal. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. 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<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. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière

en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce. 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). Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). Il y a lieu de préciser que dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65 ), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Il convient également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 ). Le Tribunal fédéral a 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 établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352 ). On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). 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, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 ). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, 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 des assurances, 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 (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3). a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une

étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). b) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). b) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. 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 le principe 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, 1989 n° K 809 p. 206). A 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). En l'espèce, l'OAI a rendu le 19 novembre 2010 une décision de refus de rente d'invalidité, se fondant sur une note du médecin du SMR, aux termes de laquelle aucun élément médical objectif nouveau n'avait été apporté. Dans le cadre de la première demande, il apparaît que l'état de santé de l'assuré a subi des variations importantes, présentant un taux d'incapacité de travail de 100% en avril 2003 (rapport des médecins des HUG du 20 avril 2003), de 0% en juillet 2003 (rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2003), de 100% en mars 2005 (rapport des médecins des HUG du 4 novembre 2005), de 50% avec une aggravation immédiate en novembre 2005 (rapports du Dr O\_\_\_\_\_ des 14 novembre 2005 et 10 juillet 2006). Par décision du 16 février 2007, l'OAI, considérant que selon le SMR, les atteintes à la santé que présentait l'assurée, ou qu'elle avait présentées, n'étaient pas invalidantes au point de l'empêcher de reprendre l'activité salariée précédemment exercée, a rejeté la demande de l'assurée. Une amélioration est constatée en août 2008 malgré une prise en charge temporaire par le CTB (résumé d'intervention du 20

août 2008). L'assurée a été en mesure de travailler à 50% jusqu'en novembre 2009, date à compter de laquelle elle est à nouveau totalement incapable de travailler. Dans leur rapport du 4 janvier 2010, les médecins des HUG retiennent un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques, et soulignent que l'évolution de l'état anxio-dépressif est défavorable. Les Dresses Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ confirment le diagnostic de trouble dépressif chronique le qualifiant de moyen à sévère et font état d'une aggravation de l'état de santé dès octobre 2010. Elles ont également expliqué que l'hépatite C dont souffrait l'assurée ne pouvait être traitée correctement, en raison même de son état dépressif. Force est quoi qu'il en soit de constater que l'OAI n'a pas investigué suffisamment sur l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée. Au surplus, alors que le diagnostic de fibromyalgie ou syndrome douloureux somatoforme douloureux persistant a été clairement posé, il n'a notamment pas mandaté d'expert psychiatre, seul apte à déterminer s'il y a incapacité de travail due à la fibromyalgie et le cas échéant dans quelle proportion. Le médecin du SMR a du reste lui-même préconisé de soumettre l'assurée à une expertise psychiatrique dans sa note du 10 mai 2011. La Cour de céans considère, au vu de ce qui précède, que les pièces figurant au dossier ne permettent pas de se déterminer en toute connaissance de cause et, partant, de se prononcer sur un éventuel droit de l'assurée à des prestations AI. Le dossier n'est ainsi pas en état d'être jugé. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'intimé qui complètera l'instruction, notamment en mettant en œuvre une expertise psychiatrique et qui cela fait, rendra une nouvelle décision. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision du 19 novembre 2010 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision du 19 novembre 2010. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le