RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1463/2006 **ATAS/843/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 27 septembre 2006

En la cause

Madame A C_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GROBET THORENS Karin	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Valérie MONTANI et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. En date du 7 mars 1996, Madame A C_____, née le 1951, a formé une demande de prestations d'assurance-invalidité en vue de l'octroi d'une rente.

2. Dans le cadre de cette demande, elle a été soumise à une expertise médicale par le Docteur A_____. Dans son rapport du 5 mai 1997, celui-ci pose les diagnostics de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, développé progressivement depuis 1993 dans un contexte d'un accident mineur et un climat conflictuel avec l'employeur, et de syndrome hypercoagulable avec deux épisodes de thrombose veineuse rétinienne gauche. L'assurée est en arrêt de travail depuis le 15 mars 1995. Elle paraît en très bon état général, souriante, volontaire et déterminée. De l'avis de l'expert, l'atteinte à la santé ne permet plus à l'assurée d'exercer son activité antérieure dans une entreprise de nettoyage sur les chantiers. La capacité de travail est de 80% dans une activité plus légère.

3. Sur la base de cette expertise, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1er mars 1996 au 31 mai 1997. Cette décision a été confirmée par jugement du 27 octobre 1998 de la Commission cantonale de recours en matière d'AVS/AI, compétente à l'époque en la matière.

4. Le 19 décembre 2000, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

5. Le Docteur A_____ a de nouveau été mandaté, afin de procéder à une expertise. Dans son rapport du 10 décembre 2001, il diagnostique un trouble somatoforme douloureux de type fibromyalgie et une arthrite transitoire de l'articulation entre l'acromion et la clavicule droite de type microcristalline probable. Il relève notamment que les investigations n'ont montré ni atteintes inflammatoires ni hernie discale ni affections dégénératives, ni aucune affection généralement invalidante. L'examen physique systématique est superposable à celui de l'expertise de 1997 quant à la conservation de la mobilité. Il n'existe pas non plus d'atteinte de la lignée dépressive. Il mentionne en outre que l'assurée travaille depuis le 1er juin 2001 en tant que nettoyeuse des chambres des pensionnaires à la Maison de Vessy à 50%. De l'avis de l'expert, cet emploi peut être considéré comme "allégé" par rapport au travail exercé précédemment. Il estime que la capacité de travail est de 80% dans le travail de femme de ménage sans travaux lourds. Il n'y a aucune contre-indication à la sollicitation de la mobilité en l'absence de tout signe inflammatoire objectif.

6. Par décision du 7 mars 2002, l'OCAI a rejeté la nouvelle demande de prestations.

7. Le 14 avril 2004, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations d'invalidité.

8. Par courrier du 30 avril 2004, l'OCAI l'a invitée à lui faire parvenir tout document utile permettant de rendre évidente une aggravation de l'état de santé.

9. Le 9 juillet 2004, le Docteur B_____, médecin de famille, a communiqué à l'OCAI que la situation de l'assurée s'était encore aggravée depuis 2002. Ainsi, elle a dû arrêter complètement de travailler dès le 9 mars 2004. Depuis 8 à 9 ans, elle présente occasionnellement des paresthésies nocturnes aux mains. En raison de douleurs aux poignets et aux mains, elle est gênée dans les tâches ménagères. Elle a des difficultés d'ouvrir des bouteilles et lâche parfois les objets. Elle se plaint de céphalées et de cervicalgies quotidiennes, ainsi que de douleurs épigastriques. A l'examen clinique, le Dr B_____ constate qu'elle est dépressive et qu'elle présente une douleur lombaire avec irradiation dans les fesses à la percussion L3-S1. En 1999, une récidive d'occlusion de la veine centrale de l'oeil gauche a été diagnostiquée, après une première atteinte en 1989, et en 1998 une fibromyalgie douloureuse qui s'est encore nettement aggravée.

10. A la demande de l'OCAI, la Doctoresse C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indique, dans son rapport daté du 2 septembre 2004, avoir traité l'assurée du 18 mars au 2 septembre 2004 pour un trouble dépressif majeur récurrent ayant entraîné une incapacité de travail sur le plan psychiatrique de 100% du 18 mars au 21 mai 2004. L'état de santé s'est amélioré sur le plan psychiatrique et n'entraîne plus de perte de capacité de travail.

11. Dans son rapport du 6 septembre 2004, le Docteur D_____, spécialiste en médecine interne, déclare que l'état de santé de sa patiente est stationnaire et que des bilans RX et IRM sont normaux.

12. Il résulte du courrier du 19 décembre 2005 que la Doctoresse E_____, ophtalmologue, a adressé au Docteur B_____, que l'assurée a une acuité visuelle centrale et globale de l'œil gauche diminuée qui réduit fortement certaines activités quotidiennes, telles que le déplacement dans des conditions de faible illumination et dans les escaliers, ainsi que la conduite de la voiture. Cette baisse brutale de l'acuité visuelle est due à deux épisodes d'occlusion de la veine centrale gauche en 1989 et 1990, causés par une pathologie de la crase sanguine. L'assurée présente ainsi un état cicatriciel/atrophique de la rétine de l'oeil gauche et une atrophie maculaire post-oedème maculaire.

13. Dans son avis médical du 7 février 2006, le Docteur F_____du Service médical régional AI (ci-après: SMR) relève que l'évaluation de 1997 par le Docteur A_____ reposait sur la présence de dorsalgies et de fibromyalgie et que, selon le Docteur D_____, l'état de santé est stationnaire. Quant à l'atteinte de l'œil gauche, elle est ancienne et la vision est restée diminuée depuis lors. Les

limitations fonctionnelles mentionnées par la Doctoresse E_____ ne sont en outre pas correctes. En ce qui concerne le status psychiatrique, la Doctoresse C_____ n'a signalé une incapacité de travail totale que pendant la période limitée du 18 mars au 21 mai 2004. Cette période est insuffisante pour reconnaître une aggravation durable.

14. Par décision sur opposition du 6 mars 2006, l'OCAI a rejeté celle-ci, en se fondant essentiellement sur l'avis médical du SMR précité.

15. Par acte du 24 avril 2006, l'assurée, représentée par son conseil, interjette recours contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Se faisant, elle s'appuie sur l'attestation du 9 juillet 2004 du Docteur B_____, selon laquelle les troubles s'étaient nettement aggravés depuis l'année 2000. Ce médecin souligne également que la Doctoresse C_____ constate, dans son rapport du 2 septembre 2004, que l'assurée a traversé un épisode dépressif grave dès le mois de novembre 2003. De l'avis de la recourante, le trouble dépressif entraîne à lui seul une incapacité de travail de 100%, sans tenir compte des autres affections. La recourante souligne également que le Docteur D_____ affirme qu'il faut s'attendre à une diminution du rendement d'environ 20% dans l'activité exigible. Par conséquent, elle estime que son état ne saurait être considéré comme stationnaire, d'autant plus que ce dernier médecin relève qu'elle souffre d'une dorsalgie progressive depuis 1994 et qu'il a établi un pronostic pessimiste en 2001. La recourante expose en outre que, selon la Doctoresse E_____, les troubles visuels graves entraînent une large incapacité de se déplacer, d'effectuer des tâches ménagères et de conduire des véhicules. L'aggravation de ces troubles est inexorable. Elle reproche par ailleurs à l'intimé de traiter séparément les divers troubles dont elle souffre, alors que ces affections se surajoutent. A l'appui de ses dires, elle produit un certificat médical du 4 avril 2006 du Docteur G_____, psychiatre, selon lequel sa patiente vit un nouvel épisode dépressif majeur, nécessitant un suivi psychothérapeutique depuis décembre 2005. Ainsi, de l'avis de la recourante, le pronostic de la Doctoresse C_____ prévoyant une stabilisation sur le plan psychiatrique est aujourd'hui totalement désavoué. Elle conteste également que les troubles ophtalmologiques soient de peu de gravité, en reprochant à l'avis du médecin-conseil de l'intimé de ne pas être étayé.

16. Dans sa détermination du 6 juin 2006, l'intimé conclut au rejet du recours tout en se référant, pour la motivation, à sa décision sur opposition.

17. Le 5 juillet 2006, la recourante fait parvenir au Tribunal de céans un certificat médical du Docteur G_____ du 28 juin 2006. Ce médecin atteste suivre à la consultation la recourante depuis décembre 2005 dans le cadre d'une fibromyalgie importante et invalidante, un état dépressivo-anxieux majeur qui rend difficile d'assumer les fonctions quotidiennes. Il relève en outre ce qui suit:

> "Cette patiente, dont le niveau d'élaboration reste modeste, ne peut, dans le fonctionnement énergétique lié à son organisation mentale, exprimer de manière plus élaborée qu'à travers son corps et les tensions du système ostéo-articulaire sa difficulté à assumer le quotidien et ses contraintes. Dans ce contexte, les tensions qui résultent au niveau des structures musculo-tendineuses et articulaires sont telles qu'elles engendrent des douleurs souvent invalidantes et qui s'accompagnent de réaction dépressive et anxieuse face à la résistance de ces douleurs à de nombreuses médications. C'est le cas de cette patiente chez laquelle toute une série d'antalgiques, jusqu'à des opiacés, ont été tentés malheureusement en vain."

La recourante souligne que le pronostic favorable de la Doctoresse C_____ quant à l'évolution de son état dépressif est désavoué, au vu du diagnostic du Docteur G_____.

18. Le 13 septembre 2006, la recourante a été entendue par le Tribunal de céans. Elle a alors déclaré :

> "Je me lève vers 9 heures, puis me douche, prends mes médicaments et mon petit-déjeuner. Parfois je vais marcher le matin pendant 10 ou 15 minutes. Sinon je reste à la maison. Certains jours je fais la poussière. Le reste du temps je ne fais rien de spécial. A midi je prépare à manger pour moi et mon mari. Après le repas, je me couche, mais je ne dors pas. Vers 16 heures, je sors marcher un peu. Le soir, soit mon mari soit moi-même fait à manger. Ensuite, nous regardons la télévision et je me couche vers 23 heures. Je dors cependant très mal.
>
> Nous avons des amis, mais nous ne les voyons plus. Toutefois, nos deux filles nous rendent régulièrement visite à la maison ou nous invitent chez elles. Elles font aussi le ménage chez nous. Mon mari passe l'aspirateur. J'ai aussi quelques contacts avec les voisins. Cependant, nous ne nous invitons jamais les uns les autres. Parfois, mon mari et moi allons au club espagnol. J'y vais pour manger et pour parler. Mais je n'y reste pas très longtemps à cause des douleurs."

Elle a en outre indiqué avoir des rendez-vous avec le Docteur G_____ tous les 15 jours. Ce médecin a augmenté depuis un mois progressivement la dose de l'antidépresseur Zoloft. Aujourd'hui elle en prend 50 mg trois fois par jour. Elle se sent moins angoissée et moins triste, mais les douleurs sont toujours pareilles. Le Docteur B_____ lui a prescrit un antalgique qui agit efficacement sur les douleurs mais provoque des douleurs à l'estomac et, à la longue, des troubles de la mémoire. C'est la raison pour laquelle elle a réduit les dosages de trois comprimés par jour à deux comprimés. Elle n'arrive pas à porter des charges supérieures à 2-3 kilos. Lorsqu'elle est seule, elle doit prendre un chariot pour prendre par exemple la

lessive en bas de l'immeuble. Dans le ménage elle ne peut faire que la poussière, préparer à manger et faire la vaisselle. Elle fait aussi la lessive, mais si le linge est trop lourd, son mari doit le porter. Le repassage est fait par une femme de ménage d'une copine. Elle se heurte en outre souvent aux meubles et aux portes, à cause d'une difficulté de se rendre compte des distances, et tombe souvent, sans savoir pourquoi.

Le conseil de la recourante sollicite à cette audience l'audition des médecins traitants de sa mandante.

19. Après la communication du procès-verbal de comparution personnelle des parties à l'intimé, lequel s'était excusé pour cette audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Le recours ayant été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, il est recevable en vertu des art. 56ss LPGA.

4. a) La révision de la rente d'invalidité est régie par l'art. 17 LPGA, lequel n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Conformément à ces dispositions, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci

est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2).

b) Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la modification de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 27 avril 2006, I 60/05, consid. 2.1 et du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

5. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

En ce qui concerne la question de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il convient d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes (ATF 132 V 67 ss, consid. 3 et 4.1). Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au

contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Toutefois, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie, 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 358 consid. 3.3.1 in fine). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), et de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

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).

6. Il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est aggravé de manière à ouvrir le droit à la rente. Pour ce faire, il y a lieu de comparer la situation telle

qu'elle se présentait lors de la décision du 7 mars 2002 avec celle qui était la sienne au moment de la décision sur opposition du 6 mars 2006.

a) S'agissant des affections physiques, aucune aggravation n'est attestée. En effet, le Dr D_____ estime que l'état de santé est stationnaire. Il ne fait pas non plus état de nouveaux diagnostics sur le plan physique. Quant aux affections ophtalmologiques, elles sont également anciennes, dès lors que les épisodes d'occlusion de la veine centrale gauche sont survenus en 1989 et 1990. Depuis la décision du 7 mars 2002 afférente à la deuxième demande de prestations de la recourante, aucune baisse supplémentaire de l'acuité visuelle n'a été constatée.

b) Toutefois, une aggravation de la fibromyalgie, qui a été diagnostiquée déjà en 1997, est attestée. Il convient par conséquent d'examiner si la présomption selon laquelle la fibromyalgie n'engendre pas d'invalidité est renversée dans le cas d'espèce.

En premier lieu, la recourante fait valoir qu'elle souffre d'un nouvel épisode dépressif majeur et produit, à l'appui de ses dires, l'attestation du Dr G_____ du 4 avril 2006. Cependant, en l'occurrence, il appert clairement que cet état dépressif constitue une manifestation réactive. En effet, en 2002, un trouble dépressif n'avait pas été constaté. De surcroît, cet état dépressif ne peut pas être qualifié d'important par sa durée, en ce qui concerne du moins l'état dépressif dont a souffert la recourante en 2004 qui a engendré une incapacité de travail à 100% pendant un peu plus de 2 mois. Quant au Dr G_____, celui-ci fait certes état d'un état dépressivo-anxieux majeur. Toutefois, en premier lieu, il relève une fibromyalgie importante et invalidante. Il explique par ailleurs que l'invalidité est provoquée par les douleurs et atteste clairement que la réaction dépressive et anxieuse n'est en l'occurrence qu'une manifestation d'accompagnement.

S'agissant des autres critères, il convient de souligner que les affections corporelles chroniques ne peuvent être prises en considération que dans la mesure où elles sont aptes à limiter la capacité de travail comme par exemple un diabète grave, des maladies du système cardio-pulmonaire et de l'intestin. Par ailleurs, il doit s'agir de maladies étrangères à un syndrome douloureux somatoforme (Prof. ULRICH MEYER, La récente jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (notamment en matière de prestations d'invalidité), conférence IRAL du 9 juin 2006, pas encore publiée, p. 8 et ss.). Seules pourraient être considérées comme telles les atteintes ophtalmologiques de la recourante. Cependant, elles ne sont pas propres à limiter la capacité de travail. La preuve en est que la recourante a continué à travailler encore pendant plusieurs années après le dernier épisode d'occlusion de la veine centrale gauche en 1990.

L'audition de la recourante devant le Tribunal de céans a en outre permis de constater que la recourante ne souffre pas d'une perte d'intégration sociale dans

toutes les manifestations de la vie. En effet, elle reste en contact avec ses filles, ainsi que ses voisins. Elle se rend également parfois au club espagnol avec son époux.

Il ne saurait non plus être considéré que la recourante présente un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, dès lors qu'elle a admis elle-même, lors de son audition, que l'état dépressif s'était amélioré grâce à l'augmentation de la dose des antidépresseurs.

Ainsi, seul le critère de l'échec des traitements ambulatoires et stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée, est rempli.

Cela est insuffisant pour admettre que la recourante ne dispose pas des ressources psychiques nécessaires pour surmonter ses douleurs. Ainsi, la présomption, selon laquelle une fibromyalgie n'engendre pas d'invalidité, n'a pas été renversée en l'occurrence.

c) Quant à l'état depressivo-majeur, il n'est pas établi qu'il provoque à lui seul une invalidité de longue durée. Au contraire, la recourante a admis, lors de son audition, que son état psychique s'est amélioré grâce à un traitement médicamenteux adéquat.

7. En ce qui concerne l'instruction complémentaire que requiert la recourante, le Tribunal de céans estime que l'audition des médecins traitants n'apporterait pas des éclaircissements supplémentaires utiles à l'appréciation de son cas. En effet, en ce qui concerne les troubles dépressifs, la recourante a admis elle-même que ce trouble s'est amélioré. Par ailleurs, comme exposé ci-dessus, un trouble dépressif ne peut en principe être pris en considération en tant que comorbidité psychique de la fibromyalgie, dans la mesure où les états dépressifs constituent des manifestations d'accompagnement de cette maladie. Quant au Docteur B_____, il ne pourrait que confirmer une aggravation de la fibromyalgie, ainsi que de l'état dépressif. Or, ces diagnostics sont insuffisants pour admettre une incapacité de travail. S'agissant des troubles oculaires, ceux-ci étant anciens et n'ayant pas empêché la recourante de travailler pendant plusieurs années après leur apparition, ils ne sauraient être pris en considération dans le cadre de la présente demande de révision.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Yaël BENZ	Maya CRAMER

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