

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2930/2012

ATAS/215/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 février 2013**

**5ème Chambre**

En la cause

Madame U \_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1021 Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame U \_\_\_\_\_, née en 1963 et mère de deux enfants aujourd'hui adultes, a travaillé en dernier lieu en tant que nettoyeuse chez X \_\_\_\_\_ .
2. Pour des raisons de santé, elle a diminué son temps de travail à 50% dès janvier 2003. Elle est en arrêt total depuis le 10 novembre 2003.
3. Par demande reçue le 26 février 2004, l'intéressée a requis des prestations d'assurance-invalidité, en vue d'une rente.
4. Selon le rapport médical du 25 mars 2004 du Dr A \_\_\_\_\_, généraliste, sa patiente souffrait de lombalgies chroniques avec radiculopathie S1 droite chronique avec problème d'instabilité L4-L5. Depuis le 13 octobre 1999, elle présentait régulièrement des périodes d'incapacité de travail oscillant entre 50 et 100%.
5. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), l'assurée a fait l'objet d'une expertise par le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Dans l'appréciation du cas et le pronostic, l'expert a mentionné dans son rapport du 3 février 2005 ce qui suit :

"Madame U \_\_\_\_\_ souffre de douleurs de la région de l'hémibassin droit et du membre inférieur droit qui ont été très largement investiguées depuis plusieurs années et ceci à répétition. Aucune lésion organique n'a pu être mise en évidence pour expliquer ce syndrome douloureux chronique qui perturbe la patiente dans sa vie quotidienne. On note par ailleurs une anamnèse de cervicalgies là également sans véritable explication lésionnelle. Il s'agit donc d'un tableau de douleurs chroniques persistantes sans explication organique et malheureusement sans amélioration malgré un suivi très complet par son médecin traitant."

L'expert a constaté ainsi que l'examen n'avait pas mis en évidence de limitations fonctionnelles objectives bien marquées. La patiente se décrivait néanmoins incapable de toute activité physique même domestique. Toutefois, sur le plan rhumatologique, il n'existait pas d'incapacité de travail. L'expert a noté également que l'assurée, d'origine turque, était bien intégrée dans notre pays et s'exprimait aisément en français. Compte tenu des plaintes exprimées, l'assurée devait éviter des travaux nécessitant des positions statiques prolongées, notamment debout ainsi que le port de lourdes charges.

6. En novembre 2005 et janvier 2006, l'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par la Dresse C \_\_\_\_\_. L'experte a diagnostiqué un

épisode dépressif léger sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait, au plan psychique et mental, aucune limitation de la capacité de travail.

7. Par décision du 25 avril 2006, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente. Le 5 juillet 2006, il a rejeté l'opposition à celle-ci.
8. Dans son courrier du 3 juillet 2006 au Dr A\_\_\_\_\_, le Dr D\_\_\_\_\_ a mentionné que l'IRM était pratiquement dans les limites de la normale. Il se demandait s'il ne fallait pas chercher du côté des hanches la source des douleurs aux membres inférieurs droits n'étant de toute évidence pas rachidienne.
9. Par arrêt du 8 novembre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011) a rejeté le recours de l'assurée contre cette décision. Le Tribunal fédéral a confirmé ce jugement, par arrêt du 26 novembre 2007.
10. Le 15 mai 2007, la Dresse E\_\_\_\_\_ a informé le Dr F\_\_\_\_\_ que l'examen neurologique mettait en évidence un léger déficit sensitif au membre inférieur droit, sans anomalie des réflexes myotatiques ni faiblesse musculaire. L'examen électroneuromyographique (ENMG) était normal, hormis une asymétrie du réflexe H du soléaire en défaveur de la droite qui plaidait en faveur d'une atteinte sur la boucle monosynaptique S1 droite. L'ENMG de détection à l'aiguille ne montrait pas de signes de dénervations récentes ou chroniques anciennes au niveau des myotomes L5-S1 droits.
11. Les 20 mars et 5 juin 2008, l'assurée a consulté la Clinique du dos. Dans son rapport du 23 juin 2008, celle-ci a mentionné que l'assurée se plaignait de lombalgies depuis de nombreuses années, s'aggravant depuis une année avec l'apparition d'une douleur dans le membre inférieur droit. A l'examen clinique, le status ostéo-articulaire montrait une mobilité lombaire parfaitement conservée. Au status neurologique, les réflexes étaient présents et symétriques et la sensibilité conservée. Le traitement de physiothérapie et antalgique n'avait eu aucune efficacité. Le scanner de la colonne lombaire effectué le 6 mai 2008 n'avait montré aucun élément pour une compression radiculaire. Il s'agissait dès lors de douleurs mal systématisées du membre inférieur droit.
12. Dans son courrier du 26 janvier 2009 au Dr A\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_, rhumatologue, a fait état de ce que l'assurée l'avait consulté pour une sciatgie gauche. Elle bénéficiait de physiothérapie et d'antalgiques dont l'effet n'était pas durable. L'examen actuel mettait en évidence l'absence de déficit neurologique et de signes d'atteinte radiculaire. Il n'y avait que quelques signes d'irritation des articulaires postérieurs lombaires. Cela étant, il a proposé d'augmenter le traitement en cours.

13. En mai 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité. Concernant le genre d'atteinte à la santé, elle a indiqué "Douleurs de la colonne, bas du dos et cervicales et sciatique droite. Tristesse. Inactivité totale. L'atteinte existe depuis 1997."
14. Selon l'attestation du 2 mai 2012 du Dr A\_\_\_\_\_, elle souffrait d'une affection du système ostéo-articulaire (rachis) invalidante, ainsi que d'un état dépressif chronique important pour lesquels il l'a suivie depuis 1997 avec les avis de spécialistes (Drs G\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, psychiatre). La nouvelle demande était justifiée, l'assurée étant dans l'incapacité totale d'exercer sa profession de nettoyeuse et présentant surtout un état dépressif important qui à lui seul mériterait une rente d'invalidité.
15. Le 31 mai 2012, Dr A\_\_\_\_\_ a donné des renseignements complémentaires à l'OAI. Il a indiqué que les prestations avaient été refusées précédemment de façon inadmissible et incompréhensible, sur la base des expertises fallacieuses des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. Selon le Dr A\_\_\_\_\_, l'assurée était "actuellement toujours totalement dans l'incapacité d'effectuer un travail de nettoyeuse, du fait de limitations algiques qui sautent aux yeux". Elle était également profondément dépressive, ce qui perturbait gravement sa vie sociale. Il a exposé en outre qu'un ENMG effectué par la Dresse E\_\_\_\_\_ mettait en évidence un bizarre réflexe H au niveau du soléaire droit. Un scanner lombaire réalisé en 2008 montrait toujours une anomalie au niveau du disque intervertébral L4-L5 avec protrusion discale, sans compression du fourreau dural et "évidement" sans corrélation avec la symptomatologie douloureuse qui était due à un état dépressif majeur atteignant même un stade de mélancolie grave. Le Dr A\_\_\_\_\_ a relevé en outre que la radiographie du rachis dorsolombaire du 17 juin 2009 montrait des signes dégénératifs du rachis débutants et une lombalisation de S1, et celle du rachis cervical du 10 décembre 2010 une cervicarthrose C5-C6. Début 2012, l'assurée présentait un état dépressif grave avec adynamie, aboulie, anhédonie et plaintes algiques très intenses. Les activités quotidiennes étaient interrompues par l'asthénie et les douleurs. L'assurée avait de la peine à faire son ménage. Une évaluation des capacités fonctionnelles par un stage d'évaluation en algorithme aux HUG, de même qu'un examen neurologique, rhumatologique psychiatrique impartial paraissaient justifiés.
16. Dans son avis médical du 12 juin 2012, la Dresse I\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci après: SMR) a relevé que le Dr A\_\_\_\_\_ avait évoqué des atteintes ostéo-articulaires sans notion d'aggravation objective. Sur le plan psychiatrique, il avait retenu un état dépressif chronique depuis 1997, pour lequel une expertise réalisée en 2006 ne retenait pas une atteinte invalidante. Il ne rendait

ainsi pas plausible une aggravation objective. Les propos de ce médecin au sujet de l'IRM du 31 mai 2012 étaient fallacieux, les atteintes étant mineures.

17. Le 15 juin 2012, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.
18. Par décision du 27 août 2012, l'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière.
19. Par acte du 27 septembre 2012, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction, sous suite des dépens. Elle allègue avoir produit divers documents démontrant qu'elle présente une altération de sa santé physique et psychique l'empêchant d'exercer son ancienne profession, voire de travailler à plein temps ou à temps partiel. Le Dr A\_\_\_\_\_ a attesté qu'elle était dans l'incapacité totale d'exercer sa profession de nettoyeuse en raison de problèmes physiques. Il a également mis en évidence une aggravation de l'état dépressif. Cela étant, au vu des avis médicaux produits, il est vraisemblable qu'elle présente une atteinte à la santé du type troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie. La Dresse H\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'état dépressif de degré moyen. Cela étant, l'intimé aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.
20. A l'appui de son recours, la recourante joint le courrier du 10 juillet 2012 de la Dresse H\_\_\_\_\_ à son mandataire. Celle-ci indique que la persistance des douleurs devenues permanentes a fini par entraîner un syndrome dépressif. Les autres facteurs étiologiques sont les suivants: chronicisation de l'inactivité en raison d'une absence de recyclage; sentiment d'inutilité et éloignement affectif de sa famille et de ses amis (absence de rôle social); survenue d'un diabète et de douleurs au bras chez son époux; décès de sa mère dans son jeune âge, puis décès de sa grand-mère en 1982 des suites d'un accident vasculaire cérébral, sans qu'elle ait pu assister aux funérailles; exil politique en Suisse après 1984 avec changement du statut du chef de famille (enseignant devenu chauffeur de taxi). Depuis l'expertise psychiatrique de la Dresse C\_\_\_\_\_, la thymie de la recourante s'est péjorée en raison de son isolement social, de l'éloignement des ses enfants, de ses amis et collègues de travail, de l'impossibilité de donner un sens à sa vie présente et future, de l'absence de projet et de la persistance de ses douleurs ressenties comme incurables. Son absence de formation a favorisé sa désinsertion sociale. Elle présente une anhédonie, une perte d'espoir, des idées noires, des troubles de mémoire et d'attention, une culpabilité par rapport aux siens, une impression d'incurabilité, une cristallisation de son désespoir sur ses dorso-sciatalgies, des troubles du sommeil et une prise pondérale. Selon la Dresse H\_\_\_\_\_, il s'agit d'un trouble dépressif moyen avec syndrome

somatique de mauvais pronostic, évolutif en raison de l'âge de la recourante et de la durée relative de sa désinsertion sociale progressive.

21. Dans son avis médical du 12 novembre 2012, la Dresse I\_\_\_\_\_ du SMR relève que les facteurs psycho-sociaux sont prépondérants dans l'aggravation du trouble dépressif et ne peuvent entraîner une incapacité de travail durable.
22. Dans sa réponse du 6 décembre 2012, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que l'assurée a produit une nouvelle pièce médicale, à savoir la lettre de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2012. Se ralliant à l'avis de la Dresse I\_\_\_\_\_, l'intimée estime qu'il y a lieu de maintenir le refus d'entrer en matière, en dépit du rapport précité de la Dresse H\_\_\_\_\_.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. Interjeté dans le délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est en l'occurrence la question de savoir si l'intimé devait entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante.
4. a) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement

ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

b) 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.

Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens

proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine p. 69).

5. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.1).

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATFA non publié 9C\_267/2009). Notre Haute Cour a cependant également jugé que 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).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1).

A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

6. En l'espèce, en ce qui concerne les affections somatiques, il ressort du rapport relatif à la radiographie de la colonne lombaire du 29 juin 2006 que la recourante est affectée d'une discrète arthrose L3-L4 à L5-S1. Par ailleurs, les données sont sans anomalies décevables. Ainsi, le 3 juillet 2006, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué au Dr A\_\_\_\_\_ que l'IRM était pratiquement dans les limites de la normale. Le 7 mai 2008, un scanner de la colonne lombaire est réalisé qui met en évidence une protrusion postérieure mineure et symétrique au niveau du disque L4- L5 et une arthrose postérieure au niveau L5-S1, sans évidence pour une compression d'une racine sciatique ni pour une hernie discale ni un rétrécissement du canal lombaire sacré et des canaux radiculaires. Les syndromes de la patiente sont assez diffus à droite. Elle présente maintenant également des symptômes du côté gauche, mais d'une autre intensité. Le Dr J\_\_\_\_\_ qui a réalisé ce scanner, se demande s'il peut s'agir d'une autre cause, telle qu'une néphropathie ou fibromyalgie,

l'examen de la colonne lombaire et lombo-sacrée étant relativement satisfaisant. Un scanner lombaire du 17 juin 2009 montre de discrets remaniements dégénératifs disco-vertébraux débutants et une anomalie transitionnelle sous forme d'une lombalisation de S1, sans argument en faveur d'un conflit disco radiculaire. Selon une radiographie de la colonne cervicale du 13 décembre 2010, la recourante est affectée d'une spondylarthrose cervicale prédominant au niveau C5-C6. Le rapport relatif à l'IRM lombaire du 10 décembre 2010 conclut que le rachis lombaire ne présente aucune anomalie décelable.

Il résulte de ces rapports médicaux que l'état de santé physique de la recourante ne s'est pas aggravé, comme le relève également la Dresse I\_\_\_\_\_ dans son avis médical du 5 juin 2012.

Sur le plan psychique, la Dresse C\_\_\_\_\_ a mis en évidence, au moment de la première décision, un épisode dépressif léger sans répercussion sur la capacité de travail. Or, selon le rapport du 31 mai 2012 du Dr A\_\_\_\_\_, l'état dépressif est aujourd'hui grave. Dans son attestation du 2 mai 2012, il a également déclaré que l'état dépressif important mériterait à lui seul une rente d'invalidité. Par ailleurs, la recourante est dorénavant suivie sur le plan psychiatrique par la Dresse H\_\_\_\_\_. Cela étant, il peut être admis que l'état dépressif s'est probablement péjoré. Cela ressort aussi du rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ produit dans la présente procédure, ce médecin diagnostiquant un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique.

Toutefois, la seule constatation de l'aggravation de l'état dépressif est en l'occurrence insuffisante pour admettre que la recourante a rendu plausible que son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits. En effet, s'agissant d'un tableau clinique caractérisé principalement par la présence de douleurs multiples et diffuses associée à une symptomatologie dépressive, il y a lieu d'évaluer la capacité de travail en fonction des critères dégagés par la jurisprudence pour les syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

En l'espèce, le Tribunal cantonal des assurances sociales avait déjà examiné, dans son arrêt du 8 novembre 2006, si la symptomatologie douloureuse présentait un caractère invalidant. Il a alors jugé que la majorité des critères jurisprudentiels déterminants n'étaient pas remplis et qu'il n'y avait notamment pas de comorbidité psychique significative.

Il est vrai que la recourant semble maintenant souffrir d'un trouble dépressif moyen. Cependant, comme exposé ci-dessus, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité grave et durable à un trouble

somatoforme douloureux, dans la mesure où ils sont généralement une manifestation réactionnelle aux douleurs. La symptomatologie dépressive ne peut donc faire l'objet d'un diagnostic séparé. Or, en l'occurrence, le trouble dépressif est manifestement lié aux douleurs. La requérante elle-même a indiqué dans son mémoire de recours contre la première décision de l'OAI que les douleurs empoisonnaient sa vie, la rendaient irritable et triste avec pour conséquence l'éloignement de sa famille. Cela est aussi confirmé par la Dresse H\_\_\_\_\_ qui a indiqué que la persistance des douleurs a fini par entraîner un syndrome dépressif.

Partant, un trouble dépressif indépendant de la symptomatologie douloureuse ne peut être retenu, de sorte que la requérante n'as pas rendu plausible de souffrir d'une comorbidité psychiatrique importante par sa durée et son acuité au sens de la jurisprudence. Quant aux autres critères jurisprudentiels, elle n'a pas non plus fourni des indices en faveur d'une appréciation différente dans le cadre de sa nouvelle demande, sauf en ce qui concerne éventuellement le retrait social. Toutefois, la seule présence de ce critère ne permettrait pas de considérer que les douleurs ne pourraient pas être surmontées en l'occurrence par un effort de volonté, la majorité des autres critères n'étant pas réalisée.

Cela étant, l'intimé était fondé de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la requérante.

7. Dans la mesure où la requérante succombe, l'émolument de justice de 200 fr. sera mis à sa charge (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Laure GONDRAND

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