

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3234/2012

ATAS/694/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2013

3ème Chambre

En la cause

Madame R_____, domiciliée au Petit-Lancy, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Marlène

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après : l'assurée), née en 1957, de nationalité portugaise, arrivée en Suisse en 1994, a d'abord travaillé dans une blanchisserie appartenant à son frère, puis comme magasinière.
2. Le 23 novembre 2004, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 21 février 2007. L'OAI a en effet considéré que l'assurée avait conservé la capacité d'exercer à plein temps une activité adaptée - c'est-à-dire évitant le port de charges, l'usage d'échelles, d'escabeaux et les déplacements sur sol irrégulier ou glissant. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, des éléments suivants :
 - un courrier rédigé le 16 juin 2003 par le Dr A_____, spécialiste FMH en électro-encéphalographie, dont il ressortait que l'assurée se plaignait de douleurs diffuses, de céphalées, de fatigue chronique et d'un sommeil perturbé ; une IRM cervicale avait montré de discrètes discopathies étagées non compressives ; une IRM lombaire avait révélé un canal étroit et une discrète protrusion discale L4-L5, non compressifs ; l'examen neurologique était qualifié de normal ; le Dr A_____ concluait que les trouvaillles aux IRM cervicale et lombaire n'expliquaient pas l'importance des douleurs diffuses ;
 - un rapport du Dr B _____, généraliste, daté du 30 novembre 2004 et attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 16 février 2003 en raison d'une fibromyalgie et d'une dépression aiguë ;
 - un rapport rédigé le 3 mars 2005 par le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retenant le diagnostic de trouble somatoforme et concluant à une totale incapacité de travail depuis février 2004 ; le psychiatre, s'il relatait que sa patiente se plaignait de crises douloureuses survenant à raison de 10 à 15 jours par mois, soulignait qu'à son avis, elle ne souffrait d'aucune pathologie psychique ; il a émis l'opinion qu'il était exigible de sa part qu'elle exerce une activité lucrative lui permettant une organisation de son temps plus souple ;
 - une expertise bidisciplinaire des Drs D _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du Centre d'expertises médicales (CEMed), établie le 14 décembre 2006 et retenant les diagnostics suivants : ostéoporose trabéculaire et spondylodiscarthrose cervico-dorso-lombaire sans atteinte médullaire ni radiculaire ; les experts ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une dysthymie, une fibromyalgie, une insuffisance mitrale discrète sans insuffisance cardiaque, des migraines, des

céphalées, des douleurs trapézo-métacarpiennes droites, un status adhérentiel abdominal, un status après fracture métatarsienne droite (plus de dix ans auparavant) et un status après possible anthésopathie d'insertion rotulienne gauche dans l'enfance, asymptomatique ; les experts soulignaient que le tableau douloureux semblait influencé par des facteurs psychosociaux (veuvage, émigration en Suisse et départ de la maison du fils unique de l'intéressée) ; ils admettaient l'existence d'une comorbidité psychiatrique chronique d'intensité modérée sous forme de dysthymie ; ils concluaient par ailleurs à un retrait social certain (arrêt de l'activité professionnelle et sportive, diminution de la vie sociale, interruption d'une relation affective, relations limitées avec le milieu familial et les amis), bien que non absolu, l'assurée conservant de bon contacts avec son fils ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter le port de charges supérieures à 5-10 kg, le travail sur échelle ou sur sol instable induisant un risque de chute ; les activités de secrétaire ou de magasinière-gestionnaire de logistique étaient jugées adaptées, contrairement à celle de blanchisseuse ; aucune limitation durable n'était retenue sur le plan psychique ; en définitive, les experts concluaient à une capacité de travail entière, tant sur le plan somatique que psychique.

3. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) l'a rejeté en date du 11 avril 2008 (cf. ATAS/453/2008). Le Tribunal a reconnu pleine valeur probante à l'expertise des Drs D_____ et E_____.
4. Le 29 juillet 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en invoquant une fibromyalgie, une ostéoporose et des allergies.
5. Ont été versés à la procédure un certain nombre de documents médicaux :
 - un rapport rédigé le 1er septembre 2011 par le Dr B_____, relatant que, depuis janvier 2010, l'assurée a chuté à trois reprises, qu'une IRM a montré une discrète gonarthrose fémoro-tibiale, qu'une minéralométrie pratiquée en mars 2011 a montré une aggravation de l'ostéoporose déjà diagnostiquée antérieurement, qu'une IRM cérébrale effectuée en juillet 2011 a montré la présence d'un petit cavernome de localisation hémisphérique cérébelleuse droite, qu'une IRM médullaire pratiquée à la même époque a montré une cervicarthrose étagée en C3-C4 et C6-C7 et qu'en juin 2011, le Dr F _____, rhumatologue, a diagnostiqué une rhizarthrose bilatérale de stade III à droite et de stade I à gauche ainsi qu'une bursite du pied gauche ;
 - un rapport du Dr G _____, spécialiste FMH en médecine interne et allergologie, du 13 septembre 2011, posant le diagnostic de rhino-

conjonctivite et œdème du visage sur hyperréactivité non spécifique exacerbée par une intolérance au lactose et par le stress ;

- un rapport du Dr F _____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 15 septembre 2011, faisant mention de douleurs polyarticulaires et de douleurs généralisées et retenant le diagnostic d'ostéoporose mais précisant que l'activité exercée précédemment était encore exigible à 100% et qu'il n'y avait pas de justification rhumatologique à une demande de prestations de l'assurance-invalidité ;
 - un rapport du Dr B _____ du 20 septembre 2011 complétant celui du 1er septembre, concluant à une totale incapacité de travail depuis le 4 mars 2005 et indiquant une détérioration de l'état de sa patiente depuis le mois de juin 2008 (aggravation de l'ostéoporose et crises fréquentes de fibromyalgie) ;
 - un rapport du Dr H _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 18 novembre 2011, concluant à un trouble dépressif récurrent épisode sévère, sans symptômes psychotiques depuis 2008, soulignant que le trouble de l'humeur récurrent est devenu plus prononcé durant les trois dernières années et que l'incapacité de travail était de 100% depuis février 2004.
6. L'OAI a alors mandaté le Dr I _____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui, en collaboration avec Madame S _____, psychologue, a procédé à une expertise, sur la base d'un entretien avec l'assurée, de tests psychométriques et du dossier que lui a communiqué l'OAI (cf. rapport du 10 mai 2012).

L'expert a relevé une mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et d'auto-évaluation. Ainsi, le test de Hamilton a donné un score correspondant à une symptomatologie légère alors que celui de Beck a plaidé pour une symptomatologie dépressive très sévère. Le test SCL-90 R a conduit à des scores pathologiques presque maximaux pour tous les facteurs - y compris ceux permettant de conclure à des traits paranoïaques et à des traits psychotiques -, sans aucun rapport avec l'examen clinique. L'expert a cependant précisé que ce dernier test avait été réalisé en français et n'avait tout au plus qu'une valeur indicative. Les autres évaluations étaient quant à elles "clairement surcotées". L'expert en a tiré la conclusion que cela expliquait la discordance potentielle d'appréciation entre lui-même et le médecin traitant, ce dernier faisant, par définition, le postulat de sincérité de son patient.

L'expert a retenu les diagnostics d'état dépressif majeur léger, de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique (trouble somatoforme indifférencié) et de personnalité avec traits histrioniques. Il a estimé qu'aucun de ces diagnostics n'avait une répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a souligné que les traits histrioniques expliquaient les caractéristiques très dramatiques du discours. Le facteur essentiel est l'existence de plaintes somatiques multiples, mal systématisées, chez une assurée qui, à l'observation, ne paraît ni dolente ni limitée, raison pour laquelle l'expert a retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou trouble somatoforme indifférencié.

Selon l'expert, il n'y a pas d'état dépressif cliniquement significatif. Il est tout au plus léger. Dans une activité adaptée à ses compétences, à sa motivation et à ses éventuelles limitations somatiques, l'assurée serait, selon lui, apte à exercer à temps plein. Elle n'est pas non plus isolée socialement puisqu'elle est entourée de sa famille. Son état ne peut pas non plus être considéré comme cristallisé puisque le Dr E _____, en septembre 2006, évoquait déjà une dysthymie.

L'expert relève que le Dr H _____ évoquait en 2007 déjà un état dépressif majeur sévère.

L'expert a conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux compétences de l'assurée.

7. Par décision du 3 octobre 2012, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation vu l'absence d'atteinte invalidante.
8. Par écriture du 26 octobre 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise sur pied d'une "contre-expertise neutre sur le plan somatique et psychosomatique".

A l'appui de son recours, l'assurée invoque l'avis du Dr I _____ - qui soutient que l'OAI a méconnu les problèmes psychologiques rencontrés par sa patiente et qu'il aurait fallu se livrer à des investigations supplémentaires sur le plan rhumatologique -, celui du Dr B _____ - qui conclut à une totale incapacité d'exercer même une activité adaptée -, celui du Dr F _____ - qui fait état de chutes à répétition et de douleurs aux mains et aux pieds apparues depuis la première décision - et celui du Dr J _____ - qui suit l'assurée pour ses problèmes au niveau de la main.

La recourante fait remarquer qu'elle ne travaille plus depuis dix ans et allègue que ses problèmes somatiques et psychosomatiques et sa fatigue constante l'empêchent de se concentrer et de pouvoir envisager l'exercice de la moindre activité.

9. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 20 novembre 2012, a conclu au rejet du recours en se référant au rapport d'expertise du Dr I _____, dont il tire la conclusion qu'il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé ayant influencé la capacité de gain de l'assurée.

10. Interrogé par la Cour de céans, le Dr J _____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie de la main, a répondu le 14 décembre 2012 de la manière suivante.

L'assurée a été opérée en mars 2012. Une prothèse totale trapézo-métacarpienne du pouce droit a été mise en place pour remplacer le cartilage articulaire défaillant et redonner la longueur de la colonne du pouce afin de récupérer la force de pince pouce-index.

L'évolution avait été favorable à court terme (disparition des douleurs au niveau de l'articulation) et à moyen terme (absence de douleur sur la prothèse elle-même, mobilité satisfaisante de la colonne du pouce et récupération de force).

Par ailleurs, la patiente avait précisé souffrir d'une tuméfaction au niveau de la base du poignet droit en relation avec un kyste, entraînant une limitation de la flexion mais sans douleur au niveau de l'articulation. Le médecin a précisé que la rhizarthrose concerne environ 20% des femmes de plus de cinquante ans et qu'elle devient bilatérale dans 95% des cas après cinq ans d'évolution. Les douleurs au niveau de la main gauche peuvent être liées à une surcharge compte tenu de la faiblesse possible à droite ou du développement d'une rhizarthrose controlatérale. Un patient peut avoir de grosses déformations radiologiques sans présenter de symptômes et inversement.

A la question de savoir s'il existait une atteinte à la santé ayant une répercussion sur la capacité de travail, le médecin a répondu par l'affirmative en évoquant la fibromyalgie (manque de force et douleurs). Il a précisé qu'à sa connaissance, la patiente était par ailleurs en bonne santé et n'avait pas de maladie chronique pouvant avoir une répercussion sur sa capacité de travail.

Le médecin a précisé que si l'on faisait abstraction de la fibromyalgie, la rhizarthrose en elle-même n'entraînait pas de limitation en pourcentage ou en nombre d'heures par jour dans une activité lucrative ; les gestes de force ou le port de charges devaient cependant être limités.

Le médecin a indiqué qu'habituellement, la mise en place d'une prothèse nécessite un arrêt de travail de six semaines à deux mois avec reprise de l'activité possible à partir du troisième mois. Dans une activité adaptée ne requérant pas de travail en force, le travail à 100 % peut être repris deux mois après l'intervention.

En définitive, le médecin a émis un pronostic globalement favorable.

11. Par écriture du 17 décembre 2012 la recourante a relevé que si le Dr F _____ avait conclu à l'absence d'atteinte invalidante, il avait pourtant évoqué une déformation de la base du pouce à droite, des douleurs à la mobilisation de la colonne du pouce et mentionné l'existence d'une rhizarthrose à droite et à gauche. La recourante a précisé souffrir également d'une bursite au pied gauche, de

rhumatismes, de problèmes cardiaques et a ajouté que de nouvelles interventions étaient à craindre au niveau de ses mains.

12. Entendu en date du 17 janvier 2013, le Dr B _____ a émis l'avis que l'état de sa patiente s'est aggravé, sans pouvoir préciser quand exactement car les douleurs fluctuent. Selon le médecin traitant, l'aggravation consiste en une augmentation des douleurs et en une petite dépression, avec des migraines dont un neurologue a conclu qu'elles étaient en relation de causalité avec la fibromyalgie et la dépression.

A la question de savoir si la capacité de travail avait été réduite par des affections somatiques supplémentaires à la fibromyalgie, le médecin a répondu par la négative, expliquant que tous les problèmes dont souffre sa patiente, que ce soit aux niveaux nerveux, digestif ou articulaire, sont en relation avec la fibromyalgie.

Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail.

13. Entendu à son tour, le Dr I _____ a indiqué ne pas partager les conclusions du Dr I _____, dont il estime qu'il a sous-estimé la gravité de l'état de l'assurée. Selon lui, le trouble dépressif de l'assurée s'est aggravé fin 2011 au point que l'on peut désormais parler d'un trouble récurrent (et non plus d'un épisode dépressif) sévère. Le médecin a expliqué avoir dû augmenter le dosage médicamenteux ainsi que la fréquence des consultations (toutes les trois semaines ou tous les quinze jours). Le retrait social se serait également accentué.

14. Dans ses conclusions après enquêtes du 30 janvier 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il retient que la mise en place d'une prothèse totale trapézo-métacarpienne le 6 mars 2012 n'a entraîné qu'une incapacité de travail temporaire de trois mois au maximum.

Il relève par ailleurs que les éléments apportés par le Dr B _____ sont tous en relation avec la fibromyalgie et soutient que les arguments du Dr H _____ ne sont pas pertinents au vu de la jurisprudence applicable en matière de trouble somatoforme douloureux.

15. Quant à la recourante, elle a également persisté dans ses conclusions.

Elle souligne que son psychiatre traitant parle désormais d'un trouble dépressif récurrent sévère, qu'il a augmenté les dosages médicamenteux ainsi que la fréquence des consultations et en tire la conclusion que l'expert a sous-estimé la gravité de son atteinte psychique.

En substance, elle soutient ne plus disposer des ressources psychiques suffisantes pour surmonter ses douleurs physiques. Selon elle, son état dépressif ne constitue

plus désormais une simple manifestation réactive d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux mais bel et bien une atteinte invalidante en elle-même.

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 1er 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision initiale du 21 février 2007 au point de lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence 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).

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. 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.

c) 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).

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

8. 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 LPG), 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 352 ss consid. 3).

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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas 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).

S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6).

La fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA I 123/04 du 6 juillet 2004 consid. 4.2.1 et I 721/02 du 10 mars 2003; cf. P. A. BUCHARD, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in: *Revue médicale de la Suisse romande* 2001, p. 443ss, spéc. p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : Schaffhauser/Schlauri [éd.], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 n. 93).

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.

Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que de tels troubles sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être

reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est donc une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93).

En effet, ainsi que cela a été dit plus haut, la jurisprudence considère qu'en règle générale, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, *op. cit.*, p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe n'est admise que lorsque, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement à titre exceptionnel, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail suppose soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Constituent de tels facteurs : (1) les affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 76 ss, spéc. 80 ss). 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; 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, 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).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels), non pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), **ou si** la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères

juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5).

10. En l'espèce, la décision querellée est fondée, d'un point de vue médical, sur l'examen psychiatrique pratiqué par le Dr I _____ dont l'assurée soutient qu'il a sous-estimé la gravité de son état psychique.

L'expertise sur laquelle se fonde l'intimé apparaît pourtant comme le fruit d'une réflexion globale, elle tient compte tant des plaintes de l'intéressée que des constatations cliniques et de l'ensemble du dossier médical à disposition. Les conclusions sont claires et motivées, de sorte que cette expertise remplit les critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus pour que lui soit conférée une pleine valeur probante.

La situation clinique, sur le plan psychique, telle que décrite par l'expert, apparaît superposable à celle observée par le Dr E _____ en décembre 2006. A cet égard, les objections émises par le psychiatre traitant sont peu convaincantes. Ainsi, force est de constater que le Dr I _____ qualifiait déjà le trouble dépressif de sa patiente de « trouble dépressif récurrent moyen à sévère en 2007. Qui plus est, alors qu'il allègue avoir augmenté la fréquence des consultations, on constate que celles-ci s'effectuaient déjà à raison d'une fois toutes les deux à trois semaines en 2007. L'aggravation alléguée par le psychiatre traitant n'est ainsi pas démontrée. On relèvera également que le Dr B _____ a qualifié la dépression de sa patiente de « petite ». S'il est admis que le Dr B _____ n'est pas spécialiste en la matière, le qualificatif employé n'en demeure pas moins significatif.

Il y a dès lors lieu de se référer aux constatations et conclusions du Dr I _____. Or, la comparaison avec celles du Dr E _____ plaide pour l'absence d'aggravation significative sur le plan psychique.

Il en va de même sur le plan physique.

En effet, le Dr B _____, dont on relèvera qu'il concluait déjà à une totale incapacité de travail en 2004, explique que l'aggravation consiste en une augmentation des douleurs. Or, celles-ci relèvent de la fibromyalgie, dont on a déjà indiqué que les critères pour lui reconnaître un caractère invalidant n'étaient pas remplis, la situation n'ayant pas évolué sur ce plan depuis la décision initiale de l'intimé. Objectivement, le Dr B _____ invoque également une aggravation de l'ostéoporose, dont on relèvera cependant qu'elle ne se traduit pas par des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà retenues. D'ailleurs, à la question de savoir si la capacité de travail de sa patiente avait été réduite par des affections somatiques supplémentaires à la fibromyalgie, le médecin traitant a clairement répondu par la négative, expliquant que tous les problèmes dont souffre sa patiente, que ce soit aux niveaux nerveux, digestif ou articulaire, sont en relation avec la fibromyalgie.

Quant au Dr F _____, rhumatologue, il a expressément souligné n'avoir décelé aucune atteinte susceptible de justifier une demande de prestations de l'assurance-invalidité. C'est en vain que la recourante y voit une contradiction avec le fait que ce médecin a retenu une rhizarthrose et une déformation de son pouce puisque le Dr J _____ a confirmé que ces problèmes n'avaient entraîné qu'une incapacité de travail temporaire. Le Dr J _____ a d'ailleurs précisé qu'abstraction faite de la fibromyalgie, la rhizarthrose en elle-même n'entraînait pas de limitation en pourcentage ou en nombre d'heures par jour dans une activité lucrative ; les gestes de force ou le port de charges devaient simplement être limités - limitation fonctionnelle déjà retenue précédemment.

En définitive et eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans se doit de confirmer l'appréciation faite par les organes de l'assurance-invalidité, à savoir l'absence d'aggravation susceptible d'influencer le droit aux prestations de la recourante. Cette conclusion est imposée par les règles jurisprudentielles et n'est en aucun cas un constat de négation de la symptomatologie de la recourante.

**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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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