REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4402/2005 **ATAS/1043/2006**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 9 novembre 2006

En la cause

Madame C_____, domiciliée , ONEX, représentée par le Docteur Astrid A_____	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 1951 à l'Île Maurice, divorcée, mère de jumelles aujourd'hui majeures, est arrivée en Suisse en 1981. Sans formation, elle a exercé diverses activités lucratives à temps partiel : manœuvre à la X_____, caissière à Y_____, aide-ménagère dans un établissement médico-social (EMS), maman de jour. En dernier lieu, elle a été animatrice parascolaire, d'abord à 50 % environ. En 1994, elle a réduit son temps de travail à 2 h 30 par jour, quatre jours par semaine, pour des raisons médicales.

2. Le 11 avril 2002, l'intéressée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (OCAI) en invoquant une fibromyalgie.

3. Dans un rapport médical adressé à l'OCAI le 26 avril 2002, la Dresse A_____, psychiatre, a posé les diagnostics de dépression et fibromyalgie et indiqué que ces atteintes, présentes depuis le mois de décembre 1997, entraînaient une incapacité de travail de 100%. Répondant au questionnaire complémentaire concernant les troubles psychiques, la Dresse A_____ a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis mars 2002, que cette dernière souffrait de dépression depuis décembre 1997, ce qui se traduisait par des difficultés de concentration, de la fatigue, des insomnies, des oublis et des pleurs, qu'en revanche, elle ne présentait aucun trouble de la personnalité. Le médecin a estimé que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle, familiale ou liées à l'émigration ne jouaient pas de rôle. Il a cependant été souligné que l'une des filles de la patiente lui causait de nombreux soucis : mère célibataire d'un enfant né en 1999, elle en avait laissé la garde à l'assurée. Le médecin a par ailleurs expliqué que sa patiente avait eu un passé difficile : son ex-mari, ressortissant suisse, lui avait caché son passé judiciaire et l'avait quittée en 1980, alors que les jumelles étaient âgées d'à peine six mois.

4. Le Dr B_____, médecin traitant généraliste, a confirmé le diagnostic de fibromyalgie et indiqué que l'assurée était en incapacité de travail à 100 % depuis le 16 février 1998. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et que la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée.

5. L'OCAI a demandé au AI LEMAN ("établissement hospitalier") de procéder à un examen psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 6 mars 2003, la Dresse H_____a indiqué n'avoir pu objectiver de symptômes de la lignée psychotique, tels que délires, hallucinations ou troubles de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. L'expertisée ne verbalisait pas d'idées suicidaires et ne présentait pas de trouble de la personnalité morbide. En dehors d'une très légère tristesse, le status psychiatrique était dans les limites de la norme.

La Dresse H_____a conclu à une fibromyalgie avec humeur dépressive et considéré que la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique était de 100%.

6. Le Dr Marc G_____, rhumatologue, a également établi un rapport médical à l'intention de l'OCAI le 17 mars 2003. Il a confirmé le diagnostic de fibromyalgie et indiqué que, dans l'activité d'animatrice parascolaire, l'assurée présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 25%.

7. Par décision du 27 mai 2003, l'OCAI a jugé que l'assurée ne présentait pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance invalidité et lui a refusé l'octroi d'une rente. Sur opposition, l'OCAI a confirmé cette décision le 12 août 2003 en se référant aux conclusions de l'examen psychiatrique du "établissement hospitalier" LEMAN.

8. Le Tribunal cantonal des assurances sociales a été saisi d'un recours interjeté par le Dr B_____, qui, le 7 novembre 2003, a produit la copie du rapport d'hospitalisation de l'assurée dans le service de rhumatologie des ("établissement hospitalier"). Les diagnostics de troubles somatoformes douloureux persistants et d'état dépressif y étaient confirmés. La recourante a également produit la copie du rapport de consultation psychiatrique établi par l'Unité de psychiatrie de Liaison des "établissement hospitalier" le 24 septembre 2004 et, le 10 février 2004, la Dresse A_____ a fait parvenir au tribunal un rapport signalant une aggravation de l'état de santé de sa patiente.

9. Le 7 juillet 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours et confirmé les décisions litigieuses. Il a émis quelques doutes quant aux observations du "établissement hospitalier" LEMAN relatives à l'environnement psychosocial de la recourante et relevé que la Dresse A_____ avait décrit de façon détaillée le vécu difficile de l'assurée. Il a néanmoins constaté qu'au moment de la décision litigieuse, les troubles psychiques de la recourante, associés au syndrome douloureux, ne présentaient pas un degré de gravité suffisant pour entraver sa capacité de travail. Enfin, il a fait remarquer que l'aggravation de l'état de santé alléguée et étayée par les rapport d'hospitalisation du service de rhumatologie des "établissement hospitalier" et rapport de consultation psychiatrique effectué par l'Unité de Psychiatrie de Liaison ne pouvait être prise en considération, puisque postérieure à la décision litigieuse.

10. Le 6 octobre 2004, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en faisant valoir une aggravation de son état de santé.

11. Dans un courrier adressé à l'OCAI le 20 octobre 2004, la Drsse A_____, psychiatre, explique que le jugement du tribunal a été notifié au Dr B_____ - auprès duquel l'assurée avait fait élection de domicile - pendant ses vacances, si bien qu'il n'a pu interjeter recours à temps. La Drsse A_____ souligne qu'elle-même et les Drs B_____ et C_____ ont depuis longtemps incité leur

patiente à déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité car elle est bien souvent incapable d'assumer son travail en raison des douleurs dues à sa fibromyalgie et à sa dépression très liée à ses douleurs, ainsi qu'en raison de son vécu familial et social. La Drsse A_____ fait valoir que le jour où elle a été examinée par le "établissement hospitalier", sa patiente allait "moins mal" en raison d'une météo clémente et du fait que sa fille venait de revenir de l'Île Maurice. Elle estime que sa patiente est incapable de travailler à plus de 20%, allègue que sa situation sociale s'est péjorée et sa fibromyalgie aussi, sous l'influence de la météo. Sa fille l'accuse d'être maltraitante mais lui confie la garde de son petit-fils qu'elle vient rarement voir, l'autre fille de la patiente est venue s'installer chez sa mère et occupe la chambre du petit-fils, qui doit donc dormir avec l'assurée. Cette fille refuse cependant d'aider sa mère et la dénigre fréquemment. L'an dernier, la patiente avait engagé quelqu'un pour amener son petit-fils à l'école, sa fibromyalgie l'empêchant souvent de se lever le matin; il était à présent placé en classe spécialisée. La Drsse A_____ fait valoir qu'il s'agit là de l'une de ses patientes les plus déprimées par moments, dans un contexte social des plus difficiles. Elle conclut que son incapacité est de 80% et qu'il lui faudrait préserver tant que faire se peut ses huit heures de travail par semaine quand elle peut les faire pour lui permettre de conserver un lien avec l'extérieur.

12. Le 25 octobre 2004, la Drsse A_____ a encore attesté d'une aggravation de la dépression de sa patiente depuis deux ou trois ans et indiqué qu'elle avait de la peine à assumer huit heures de travail par semaine.

13. Du rapport établi le 19 septembre 2003 par le Dr D_____ des "établissement hospitalier", il ressort que l'assurée souffre d'un trouble douloureux somatoforme persistant associé à un état dépressif partiellement reconnu.

14. Un rapport établi le 26 septembre 2003 par les Drs E_____ et F_____, du département de médecine interne de l'hôpital cantonal, conclut à un trouble douloureux somatoforme persistant ainsi qu'à un état dépressif. Les médecins indiquent que la patiente signale une intensification des douleurs, surtout depuis la réception du refus de sa demande de prestations d'invalidité. Il s'agit de douleurs myalgiques plutôt qu'arthralgiques, diffuses, sans horaire fixe, associées à une asthénie générale et à des rachialgies, initialement améliorées par la prise de Tramal mais ensuite rebelles à toute thérapie. Les médecins ont indiqué que les troubles présentés par la patiente dépassaient le cadre d'une fibromyalgie et s'apparentaient à un syndrome douloureux chronique. Ils ont constaté la présence d'un syndrome inflammatoire biologique discret. Ils ont également demandé une évaluation psychiatrique à des collègues de la psychiatrie de liaison à l'hôpital cantonal de Genève. Ceux-ci ont retenu chez la patiente le diagnostic de troubles douloureux somatoformes persistants en rapport avec un état dépressif évident, ceci même si toute la symptomatologie de la lignée dépressive ne se trouve pas réalisée dans son

cas. Le programme de prise en charge thérapeutique a apporté une amélioration modérée à la patiente.

15. Interrogé par l'OCAI, le Dr G_____, interniste spécialisé dans les maladies rhumatismales, a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis deux ans. Selon lui, il y a peu de limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail est due à l'état dépressif.

16. Le Dr. H_____, du "établissement hospitalier", a estimé, dans une brève note du 14 avril 2005, que les nouveaux documents médicaux n'apportaient aucun élément nouveau par rapport à la situation qui prévalait jusqu'alors puisque les diagnostics étaient les mêmes et que rien ne montrait que le status psychiatrique s'était aggravé. Il a indiqué que le médecin du service de psychiatrie parlait d'un état dépressif sans le qualifier selon les critères diagnostiques.

17. Par décision du 28 avril 2005, l'OCAI a rejeté la nouvelle demande au motif que les nouveaux éléments médicaux recueillis depuis l'évaluation initiale ne permettaient pas de démontrer une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

18. Le 24 mai 2005, la Drsse A_____ a formé opposition à cette décision pour le compte de l'assurée.

19. Le Dr H_____, du "établissement hospitalier", a alors préconisé un examen psychiatrique pour juger de l'évolution de l'état de l'assurée depuis l'examen par la Drsse H_____ le 6 mars 2003.

20. La Drsse E. H_____ a donc procédé à un nouvel examen psychiatrique de l'assurée et rendu son rapport en date du 29 septembre 2005 (pièce 104 OCAI). Il en ressort que, sur le plan anxieux, l'assurée ne présente ni angoisses persistantes ni attaques de panique pouvant parler en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée, pas plus que de phobies permettant de conclure à un trouble phobique. La Drsse H_____ n'a pas objectivé de symptômes de la lignée psychotique tels que délires, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée, parlant en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. Les capacités de jugement et de raisonnement de l'assurée correspondent à une intelligence limite. L'intéressée est décrite comme très démonstrative, plaintive, théâtrale; elle présente une amplification verbale des plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien. Aucun symptôme en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a été mis en évidence. L'assurée ne présente pas de troubles de la personnalité morbide. Globalement, le status psychiatrique est superposable à celui du 6 mars 2003. Le médecin conclut à l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et, par ailleurs, à une humeur dépressive dans le cadre de difficultés liées à l'emploi, aux conditions économiques et à l'environnement social. Selon elle, l'examen clinique psychiatrique n'a montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni

anxiété généralisée, ni troubles de la personnalité morbide, ni perturbations de l'environnement psychosocial inchangé depuis une dizaine d'années, ni limitations fonctionnelles psychiatriques. Le diagnostic d'état dépressif posé par le psychiatre traitant n'a pas été objectivé pendant l'entretien. Le médecin évoque la possibilité que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle au conflit assécurologique, mais ajoute qu'elle est en rémission complète. Elle dit n'avoir pu objectivé qu'une simple humeur dépressive dans le cadre de difficultés psycho-sociales sans aucune influence sur la capacité de travail. Le médecin dit n'avoir pu constater de véritable sentiment de détresse mais avoir en revanche noté une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, ainsi qu'entre les informations fournies par l'assurée et celles qui ressortent de l'anamnèse. Le médecin fait remarquer que l'environnement psycho-social de l'assurée est inchangé depuis une dizaine d'années. Elle conclut à l'absence d'un trouble de la personnalité morbide et d'une comorbidité psychiatrique invalidante. Selon elle, l'estimation de l'incapacité de travail à laquelle s'est livré le psychiatre traitant a pris en considération des éléments étrangers à l'invalidité comme les facteurs psycho-sociaux et socio-culturels, l'âge ou le manque de formation professionnelle. Elle conclut que le status psychiatrique est superposable à celui du 6 mars 2003 et qu'aucune aggravation de l'état de l'assurée sur le plan psychiatrique n'est constatable.

21. Par décision sur opposition du 7 novembre 2005, l'OCAI a confirmé sa décision du 28 avril 2005. Il se réfère au nouvel examen psychiatrique diligenté suite à l'opposition, lui reconnaît une pleine valeur probante et relève que l'aggravation attestée n'a pu être mise en évidence.

22. Par courrier du 3 décembre 2005, la Drsse A_____ a interjeté recours pour le compte de l'assurée contre cette décision auprès de l'OCAI, qui l'a transmis au tribunal de céans comme objet de sa compétence.

    Le médecin allègue que sa patiente souffre d'une dépression chronique depuis le départ de son ex-mari, intervenu alors que ses jumelles n'étaient âgées que de quelques mois, que depuis dix-huit ans, sa fibromyalgie lui occasionne de fréquentes interruptions de travail, que son incapacité de travail est de 90 à 100%. Il lui paraît exagéré d'exiger d'elle qu'elle travaille immédiatement à 100%. Le médecin demande un "recyclage progressif", tout en faisant remarquer que peu d'activités sont envisageables, compte tenu du fait que la patiente est incapable de se lever le matin en raison de ses courbatures, que tout travail de manutention fine lui est interdit, qu'elle n'arrive même pas à assumer son propre ménage et qu'elle ne peut supporter la position debout pendant longtemps. Sur le plan de la motivation, le médecin voit une amélioration de la dépression chronique de sa patiente mais allègue que cette dernière a besoin d'une réinsertion sociale.

23. Par courrier du 5 décembre 2005, le Dr I_____, médecin généraliste, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis septembre 2005. Il s'est déclaré surpris par la décision de refus de l'assurance-invalidité, alors que, selon lui, il est évident que la patiente remplit toutes les conditions pour une prise en charge à 100%. Elle se plaint de douleurs continues d'intensité variable mais toujours présentes entraînant un repli et une perte d'intégration sociale. Ses douleurs sont chroniques depuis 1998, sans période de rémission. Son état psychique est cristallisé sur ses douleurs avec un état dépressif majeur réactionnel. Tous les traitements entrepris ont échoué, seule la psychothérapie de soutien et le traitement anti-dépresseur ont, selon ses dires, amélioré légèrement sa thymie. Sans cette prise en charge, la patiente avoue qu'elle aurait probablement mis fin à ses jours. Le médecin déclare ne pouvoir imaginer une reprise du travail puisque l'assurée n'est même pas capable d'assumer seule ses tâches ménagères et qu'elle ne peut effectuer aucune activité soutenue avec les bras en raison des douleurs que cela engendre. Il déclare soutenir le recours de sa patiente contre la décision de l'OCAI qu'il juge "totalement arbitraire et injustifiée".

24. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 3 février 2006, a conclu au rejet du recours. Il se réfère en substance au nouvel examen psychiatrique du "établissement hospitalier" et en tire la conclusion qu'il y a absence d'aggravation de l'état de santé objectivement démontrée.

25. Dans un rapport daté du 17 février 2006, le Dr C_____ indique que l'état douloureux de la patiente a plutôt tendance à se péjorer avec des douleurs localisées au niveau de toutes les articulations qui l'empêchent même de réaliser ses activités ménagères quotidiennes. Il estime que son incapacité de travail doit être reconnue comme totale.

26. Croyant que le préavis de l'OCAI constituait une décision, la Drsse A_____, par courrier du 18 février 2006, a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales d'un "nouveau recours". Elle a fait valoir que sa patiente continue de souffrir d'une fatigue importante, d'asthénie, de difficultés de concentration, d'insomnies, d'idées suicidaires et que sa dépression et sa fibromyalgie semblent se péjorer malgré le traitement anti-dépresseur et l'amélioration de sa situation sociale. Elle a joint à son écriture notamment un courrier que lui ont adressé le 25 janvier 2006 Madame M_____, responsable d'équipe, et Madame P_____, infirmière, du Centre d'Action sociale et de la santé d'Onex. Ces deux femmes y relatent leur visite à l'assurée le 24 janvier 2005. Elles expliquent qu'à 14 heures, cette dernière était encore couchée, qu'elles ont trouvé une femme au visage hagard, le regard perdu, avec une mine défaite et des signes évidents de fatigue, que l'appartement dans lequel elle vit est envahi d'habits négligés mélangés aux propres, éparpillés un peu partout, que la cuisinière et l'évier débordaient de vaisselle et qu'un étendage chargé de linge à sécher se trouvait au milieu de la cuisine. Elle a de la peine à exprimer clairement ses besoins et parfois n'arrive pas à expliquer ce qu'elle

aimerait dire. Les deux femmes ont finalement proposé d'établir une prescription médicale pour une intervention infirmière une fois par semaine pour contrôle de santé et soutien thérapeutique.

27. Le 22 février 2006, l'OCAI, après avoir pris connaissance des courriers des Drs I_____ et A_____, a fait valoir que ces derniers ne faisaient que relater les plaintes subjectives de l'assurée en relation avec une situation déjà jugée et entrée en force. Il a par ailleurs relevé que le fait d'avoir besoin d'une aide ménagère n'était pas encore la preuve d'une atteinte à la santé invalidante.

28. Après transmission des dernières écritures, 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. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal 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 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle s'applique au cas d'espèce dans la mesure où les faits déterminants - soit l'aggravation de l'état de santé alléguée - remontent au mois de février 2004.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur le point de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis le 27 mai 2003, date à laquelle a été rendue la décision initiale, au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

   c) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

7. 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). 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).

   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. 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 1996 p. 318 consid. 2a; p. 321 consid. 1a; p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux 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). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, 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 (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt N. 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 ss. et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, 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 ss.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, 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, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV n° 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 ss.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 ss. consid. 2b et les références; arrêt N. précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03 consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

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 oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge 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 socioculturels) qui ne sont pas 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 (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.5).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des

affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'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) de 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; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss., spéc. 80 ss.).

Quant à la comorbidité psychiatrique, celle-ci n'est admise pour des états dépressifs que si ceux-ci peuvent être considérés comme une atteinte psychique indépendante des troubles somatoformes douloureux, mais non pas s'ils se révèlent être, sur la base du dossier médical, des manifestations (réactives) d'accompagnement de ces troubles (ATFA du 12 mars 2004, I 683/03, destiné à la publication et ATFA non publiés du 8 juin 2004, I 282/03 et I 283/03).

8. a) L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit 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. L'art. 17 LPGA 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).

   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). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Il ne suffit toutefois pas qu'une situation, demeurée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée de manière différente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2).

9. A l'époque de la décision initiale d'octroi de rente du 27 mai 2003, la recourante présentait une fibromyalgie. S'y ajoutait un état dépressif dont la Drsse A_____ a indiqué qu'il se traduisait par des difficultés de concentration, de la fatigue, des insomnies, des oublis et des pleurs. La Drsse J_____, qui a pratiqué un premier examen psychiatrique le 6 mars 2003, a estimé qu'en dehors

d'une très légère tristesse, le status psychiatrique de l'assurée était dans les limites de la norme et a exclu toute incapacité de travail.

Dans sa décision du 28 avril 2005, l'intimé a estimé que le degré d'invalidité de l'assurée n'avait pas subi de modification notable. Il y a lieu d'examiner si c'est à juste titre qu'il a rendu cette décision.

10. Le 10 février 2004, la Drsse A_____ signalait déjà une aggravation de l'état de santé de sa patiente. Dans le courrier qu'elle a adressé à l'OCAI le 20 octobre 2004, elle a par ailleurs allégué que la dépression de cette dernière fluctuait en raison de la météo et que l'état dans lequel elle se trouvait lorsqu'elle a été examinée par la Drsse H_____ n'était pas représentatif. Cependant, force est de constater que les arguments invoqués par la Drsse A_____ ne relèvent pas de l'assurance-invalidité puisqu'elle explique la situation de sa patiente par les difficultés familiales et sociales de cette dernière. Par ailleurs, dans son courrier du 25 octobre 2004, la Drsse A_____ indique que l'aggravation de la dépression de sa patiente serait intervenue durant les deux ou trois dernières années. Il ne s'agirait donc pas d'une aggravation postérieure à la décision initiale de l'OCAI.

Certes, les Drs E_____ et K_____, des "établissement hospitalier", ont conclu à un trouble somatoforme persistant et à un état dépressif. Il ressort cependant de l'évaluation psychiatrique de leurs collègues que si l'état dépressif de la patiente est évident, d'une part, toute la symptomatologie de la lignée dépressive ne se trouve cependant pas réalisée dans son cas et, d'autre part, le programme de prise en charge thérapeutique a apporté une amélioration modérée.

C'est à juste titre que l'OCAI, considérant qu'il ne disposait pas de suffisamment d'éléments quant à l'état psychique de l'assurée, a demandé un nouvel examen psychiatrique. Or il ressort de ce dernier que le status psychiatrique de la recourante est superposable à celui du 6 mars 2003, que son humeur dépressive est liée à ses difficultés d'emploi, aux conditions économiques et à l'environnement social et qu'il n'y a ni dépression majeure ni anxiété généralisée, ni trouble de la personnalité morbide. Aucune aggravation de l'état psychique de l'assurée n'a ainsi été constatée par l'expert.

D'ailleurs, la Drsse A_____, admet elle-même, dans son courrier du 3 décembre 2005, une amélioration de la dépression chronique de sa patiente, tout en alléguant que cette dernière a besoin d'une réinsertion sociale. Le fait qu'elle précise qu'il lui paraît exagéré d'exiger de sa patiente qu'elle travaille immédiatement à 100% et sollicite pour elle un "recyclage progressif" laisse entendre que sa capacité résiduelle de travail est préservée mais qu'elle souhaiterait simplement qu'on aide sa patiente à se réintégrer, ce qui ne relève pas de l'assurance-invalidité si les autres conditions ne sont pas remplies par ailleurs.

Certes, le Dr L_____, médecin généraliste, a évoqué un repli et une perte d'intégration sociale ainsi qu'un état dépressif majeur réactionnel. Ses affirmations ont cependant été contredites par les constatations de la Drsse J_____.

C'est le lieu de rappeler qu'en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

Tel n'est pas le cas en l'occurrence, les déclarations par ailleurs quelque peu contradictoires des médecins traitants de l'assurée ne suffisant pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante telle que les conditions d'admission de caractère invalidant de son trouble somatoforme douloureux puissent être reconnues. En effet, aucune comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importante n'a pu être mise en évidence. La comorbidité psychiatrique n'est en effet admise pour des états dépressifs que si ceux-ci peuvent être considérés comme une atteinte psychique indépendante des troubles somatoformes douloureux mais non pas s'ils se révélaient être, sur la base du dossier médical, des manifestations réactives d'accompagnement de ces troubles, ce qui est précisément le cas ici (ATFA du 12 mars 2004 I 683/03 et ATFA non plubliés du 8 juin 2004 I 282/03 et I 283/03).

De même, malgré les déclarations alarmistes de Mesdames M_____ et P_____, il n'apparaît pas qu'il y ait perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de vie puisque la Drsse A_____ reconnaît elle-même que la vie sociale de sa patiente s'est améliorée. Enfin, on ne peut conclure à l'échec des traitements ambulatoires puisqu'il semble que le traitement anti-dépresseur ait tout de même apporté une certaine amélioration à l'état de l'assurée.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a lieu de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé telle qu'elle puisse remettre en question les décisions - entrées en force - des 28 avril et 7 novembre 2005. Le recours, mal fondé, est 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 la présente ordonnance 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

Janine BOFFI — 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