

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4440/2008

ATAS/1480/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 26 novembre 2009

En la cause

Madame F _____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Evelyne BOUCHAARA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame F_____ (ci-après : l'assurée), née en 1965, a travaillé comme femme de chambre dans un hôtel de 1992 à 1997.
2. En octobre 1993, l'assurée a fait un faux mouvement qui a entraîné des cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques d'origine musculo-ligamentaire. Depuis lors, elle a souvent été dans l'incapacité de travailler et a finalement été licenciée.
3. Le 16 octobre 1997, l'assurée s'est annoncée à l'Office cantonal de l'emploi (OCE) et a obtenu un emploi temporaire du 20 juillet 1998 au 19 janvier 1999. Elle a ensuite travaillé comme aide-soignante dans des homes pour personnes âgées jusqu'à janvier 2001, dans le cadre du programme d'occupation de l'OCE. Après avoir été à nouveau mise au bénéfice des indemnités de l'assurance-chômage durant quelques mois, elle a été engagée en juin 2001 par l'entreprise X_____ SA, comme employée d'atelier en horlogerie.
4. Dans l'intervalle, l'assurée avait déposé le 25 février 1999 une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement.

Son médecin traitant, le Dr L_____, spécialiste en rhumatologie, avait alors indiqué qu'elle souffrait de cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques d'origine musculo-ligamentaire. Il avait émis l'avis que sa patiente était désormais dans l'incapacité totale d'exercer l'activité de femme de chambre et qu'un recyclage professionnel devait lui être accordé.

Dans un second rapport établi le 10 avril 2001, le Dr L_____ avait ajouté que l'état de sa patiente était stationnaire depuis 1999, qu'elle était désireuse de reprendre une activité le plus rapidement possible, n'avait aucun problème à rester longtemps en position assise ou debout mais devait éviter que son bras gauche ne reste longtemps appuyé sur une table. Sur le plan psychique, il n'y avait pas de signe d'un état dépressif, mais un certain degré d'anxiété.

Cette première demande de prestations avait été rejetée par l'OCAI par décision du 13 août 2001. Bien qu'admettant que l'assurée ne pouvait plus exercer la profession de femme de chambre, l'OCAI avait constaté qu'elle s'était réadaptée avec succès comme aide-soignante ou employée dans l'horlogerie à plein temps.

5. A compter du 7 novembre 2001, l'assurée s'est à nouveau retrouvée dans l'incapacité de travailler et son employeur a finalement résilié le contrat de travail avec effet au 28 février 2002, au motif qu'aucun poste dans l'entreprise ne pouvait lui convenir, compte tenu de ses problèmes de santé.

6. Le 28 janvier 2002, les Drs M_____ et N_____, du département de rhumatologie de l'hôpital cantonal de Genève (HUG), ont posé le diagnostic de fibromyalgie (cf. leur rapport au Dr O_____, nouveau médecin traitant de l'assurée). Ils ont rappelé que la patiente présentait depuis une dizaine d'années des douleurs diffuses prédominant au niveau du rachis et de l'hémicorps gauche, que la symptomatologie douloureuse était augmentée par la mobilisation et qu'elle occasionnait également des réveils nocturnes. Les médecins ont vivement encouragé la patiente à reprendre une activité professionnelle à 50% d'ici la fin du mois de février 2002.
7. Le 28 mars 2002, le Dr P_____, spécialiste en chirurgie, a établi un rapport à l'intention de l'assurance perte de gain. Il a confirmé le diagnostic de fibromyalgie mais a estimé que celle-ci ne justifiait pas, ipso facto, une incapacité totale de travail. Selon lui, la patiente restait capable d'exercer à 50% une activité adaptée telle que celle d'ouvrière dans une fabrique d'aiguilles de montres, qui était la sienne auparavant. Il s'agissait-là en effet d'un travail de précision, peu pénible, s'effectuant en position assise. Le médecin a exclu toute comorbidité psychiatrique, soulignant que la patiente ne présentait pas de signes dépressifs évidents, paraissait bien orientée et collaborante.
8. Le 30 juin 2002, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI.
9. Dans un rapport daté du 4 juillet 2002, le Dr O_____ a retenu les diagnostics de fibromyalgie, troubles du sommeil et asthénie d'origine indéterminée. Il a assuré que sa patiente était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 7 novembre 2001. Il n'a cependant pas exclu une reprise de travail à 50% quelques mois plus tard, si les douleurs venaient à diminuer.
10. Le Dr Q_____, spécialiste en psychiatrie, qui avait déjà suivi l'assurée du 21 octobre 1995 au 20 mai 1997 suite à un épisode dépressif moyen avec somatisations, l'a réexaminée le 25 novembre 2002, lorsqu'elle est revenue en consultation. Elle se plaignait alors de fatigue, de douleurs dans tout le corps et de troubles du sommeil dus aux dites douleurs. Le médecin a indiqué à l'OCAI : « le diagnostic différentiel se pose entre un trouble somatoforme douloureux persistant et une réaction dépressive prolongée. Comme je ne connais pas les diagnostics somatiques (voir avec le Dr O_____) et étant donné que la patiente présente de légers symptômes dépressifs, je fais le diagnostic de réaction dépressive prolongée, ceci d'autant plus que les douleurs peuvent être ressenties comme facteur stressant, ainsi que le décès du père, survenu il y a une année environ. Du point de vue psychique, il n'y a pas d'incapacité de travail ».
11. Par décision du 6 juin 2003, confirmée sur opposition le 14 juillet 2003, l'OCAI a refusé toute prestation à l'assurée.

12. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 12 décembre 2003, le Dr R_____, psychiatre, a posés les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, présent depuis novembre 2001, et de fibromyalgie (syndrome douloureux somatoforme persistant) apparu en 1993. Il a conclu à une totale incapacité de travail dans les professions de femme de chambre, lingère ou aide-soignante depuis le 19 novembre 2001, précisant qu'il s'était basé pour cela sur le rapport du Dr Q_____ du 28 décembre 2002. Il a ajouté : « l'aggravation signalée en novembre 2001 serait due à l'aggravation d'une part des symptômes de la fibromyalgie (douleurs, abattement) et de l'état dépressif d'autre part (tristesse, découragement). La fréquence des consultations est actuellement d'une par quinzaine et son état est jugé stationnaire ».
13. Par jugement du 1er juin 2004 (ATAS 439/2004), le Tribunal cantonal des assurances sociales a confirmé le refus de prestations de l'OCAI. Le Tribunal a estimé qu'il n'y avait pas eu aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le 13 août 2001 car les troubles évoqués par le Dr O_____ ne justifiaient de loin pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent et le Dr Q_____ n'avait quant à lui évoqué que de légers symptômes dépressifs, ajoutant que cette réaction dépressive était sans incidence sur la capacité de travail. Il a été souligné que seul le Dr R_____ avait évoqué un trouble dépressif récurrent dont il avait fait remonter l'apparition à novembre 2001, période à laquelle l'assurée ne le consultait pas encore.
14. Le 28 juillet 2004, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OCAI.
15. Son dossier a été soumis une nouvelle fois au Dr S_____, du Service médical régional de l'AI (SMR), qui a relevé que les radiographies produites à l'appui de cette nouvelle demande étaient toutes antérieures à la dernière décision, que le Dr R_____ avait attesté qu'il suivait l'assurée et lui prescrivait un traitement pour un trouble de l'humeur, ce qui était une notion déjà connue auparavant, et qu'il n'y avait donc médicalement rien de nouveau. Au contraire, on pouvait même penser, selon le Dr S_____, que la prise en charge du Dr R_____ portait ses fruits, puisqu'en juillet 2003 déjà, l'assurée estimait ne pas avoir de problèmes psychiques. Il a ajouté qu'un trouble de l'humeur léger ou moyen devait être considéré comme faisant partie du syndrome douloureux (somatoforme ou fibromyalgique). Il a dès lors émis l'avis qu'il n'y avait pas de raison d'entrer en matière sur une révision.
16. Par décision du 25 octobre 2004, l'OCAI a donc refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande de prestations.
17. L'assurée a formé opposition à cette décision en alléguant que l'aggravation de son état était manifeste. Elle a produit à l'appui de ses dires les documents suivants :

- un certificat du Dr R_____ établi le 6 octobre 2004, indiquant qu'après avoir suivi plus longuement la patiente, il pense que cette dernière présente une personnalité dépendante, que l'on peut dès lors présumer que la pathologie psychiatrique (troubles de l'humeur et troubles de la personnalité) a préexisté la fibromyalgie et remonte probablement à novembre 2001 et qu'en raison des maladies et de l'incapacité de travail de longue durée, il y a incontestablement perte d'intégration sociale ;

- un court certificat du Dr O_____, daté du 15 décembre 2004, dont il ressort que la fibromyalgie s'est aggravée depuis une année environ, avec des épisodes algiques très fréquents, accompagnés d'un état dépressif également plus marqué, précisant que le traitement (anti-inflammatoires et antidépresseurs) n'a pas eu de résultat satisfaisant et émettant l'avis que l'assurée est totalement inapte à effectuer un travail physique ;

- un autre certificat du Dr R_____, établi le 15 décembre 2004, rédigé de la manière suivante : « Je vous informe que selon mes constatations, l'état de santé psychique de l'assurée sus-citée s'est aggravé depuis l'été 2003. »

18. Le Dr S_____, dans un avis du 31 janvier 2005, a rappelé que la personnalité est un élément qui ne change pas au cours de la vie d'adulte, sauf événement particulièrement grave. Or, l'assurée avait pu travailler malgré sa personnalité dépendante. Il a ajouté que les personnes dépendantes parviennent à fonctionner correctement si elles reçoivent l'assurance que quelqu'un les supervise et les approuve. Il a relevé que le Dr R_____ n'indiquait pas en quoi il y avait eu aggravation, ni quand cette dernière serait survenue mais se livrait plutôt à des considérations sur l'ancienneté de troubles dont l'AI avait déjà tenu compte dans ses évaluations précédentes.
19. Par décision sur opposition du 1er février 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition et maintenu sa décision de refus d'entrer en matière. Il a considéré que les documents produits par l'assurée ne rendaient nullement plausibles une aggravation objective et notable de son état de santé, constaté que le Dr O_____ ne faisait que réaffirmer ce qu'il avait toujours déclaré, à savoir que l'assurée se trouvait dans l'incapacité totale de travailler depuis 2001, point de vue qui n'avait pas été confirmé, que le Dr O_____ ne se fondait d'ailleurs que sur les seules plaintes subjectives de l'assuré et que par ailleurs, le Dr R_____ n'avait apporté aucun élément nouveau, et s'était contenté de vouloir réinterpréter une situation passée et jugée par le Tribunal par une décision entrée en force.
20. Le 18 septembre 2007, l'assurée a déposé une quatrième demande de prestations.

21. Le 11 octobre 2007, l'OCAI lui a communiqué un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.
22. Par courrier du 11 octobre 2007, l'assurée a indiqué à l'OCAI que ses médecins traitants s'étaient déclarés prêts à répondre directement sur la base des formulaires.
23. Ce à quoi l'OCAI lui a répondu par courrier du 15 octobre 2007 qu'en cas de nouvelle demande, celle-ci devait établir de façon plausible que l'invalidité de l'assurée s'était modifiée de manière à influencer ses droits et que ce n'était dès lors pas à l'Office de requérir des rapports auprès des médecins traitants.
24. L'assurée a dès lors produit :

- un courrier du Dr O_____, daté du 23 octobre 2007, dans lequel il indique avoir constaté durant les années 2004, 2005 et 2006, plusieurs épisodes de lumbagos, avec blocages lombaires et incapacité à effectuer les activités ménagères, et avoir noté depuis une année et demie environ une aggravation de l'anxiété et de la tristesse, accompagnées souvent d'une insomnie et d'une fatigue intense ;

- un questionnaire daté du 29 octobre 2007 dans lequel le Dr R_____ indique que depuis le 14 juillet 2003, l'état de la patiente est stationnaire avec des fluctuations vers le haut ou vers le bas, qu'il n'y a pas de changement dans les diagnostics (trouble dépressif récurrent, épisode variant de moyen à plus sévère et fibromyalgie) qui, tous deux, ont des influences sur l'incapacité de travail, qu'il estime totale et qu'il fait remonter au 19 novembre 2001, précisant qu'il n'y a pas d'évolution significative des status ;

- un rapport établi le 4 juillet 2008, dans lequel Dr R_____ confirme les diagnostics déjà posés précédemment, précisant que l'état de sa patiente est stationnaire depuis décembre 2003 et maintenu « dans une situation intermédiaire » par le traitement, que, sur le plan des douleurs, il n'y a pas de changement et que la médication reste peu efficace, ajoutant que l'assurée vit en vase clos avec son mari, lequel mettait tout en œuvre pour améliorer sa situation, en vain ;

- un rapport établi par le Dr T_____, spécialiste FMH en rhumatologie, le 10 avril 2008, dont il ressort que ce dernier l'a vue pour des gonalgies gauches évoluant depuis quelques semaines avec des épisodes de gonflement, que les radiographies du genou gauche ont montré une maladie de Pellegrini-Stieda (ossification du ligament latéral interne survenant habituellement après un ancien traumatisme), qu'à son avis, les douleurs du genou gauche étaient probablement à mettre sur le compte d'une arthrose débutante du genou gauche, bien que les signes radiologiques en soient très

discrets et qu'après traitement de Dafalgan et application de gel, l'évolution des douleurs avait été favorable.

25. Interrogé par l'OCAI, le Dr T_____ a confirmé une possible gonarthrose débutante et l'amélioration suite au traitement. Il a précisé que ces douleurs plus intenses au genou gauche étaient survenues en mars 2008 de manière spontanée.
26. Le 2 octobre 2008, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision rejetant sa nouvelle demande de prestations.
27. Le 6 novembre 2008, l'assurée a contesté ce projet, auquel elle a reproché de n'être basé que sur un avis très succinct du SMR indiquant que l'état de santé qui prévalait en 2003 était globalement resté le même et que les atteintes à la santé n'avaient pas entraîné d'aggravation durable qui justifierait une invalidité. L'assurée a fait grief à l'OCAI de ne pas l'avoir soumise à un examen par un médecin du SMR alors que, selon elle, vu la fibromyalgie dont elle souffre, une expertise pluridisciplinaire s'imposait pour examiner si les conditions fixées par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant de son atteinte étaient remplies. Elle a allégué qu'un nouveau diagnostic avait été posé par le Dr R_____, sous forme de trouble de la personnalité dépendante, qui n'existait pas en 2003. Quant au Dr T_____, il avait confirmé, en date du 8 mars 2007, la présence de dix-huit points de fibromyalgie douloureux sur dix-huit. Elle a enfin relevé que ses médecins-traitants concluaient toujours à une incapacité totale de travail.
28. Le 7 novembre 2008, l'OCAI a rendu une décision formelle aux termes de laquelle il a rejeté la demande de prestations en motivant brièvement que selon l'appréciation de son service médical, l'état de santé était globalement le même que celui qui prévalait en 2003.
29. Par écriture du 5 décembre 2008, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en concluant, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, et principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité, sous suite de frais et dépens.

La recourante réitère les griefs formulés à l'encontre de l'intimé, à savoir que ce dernier ne l'a pas soumise à l'examen d'un médecin du SMR.

Elle allègue par ailleurs qu'elle n'est en mesure de s'occuper ni de son ménage, ni des repas, que sa vie sociale est quasiment inexistante dans la mesure où elle ne sort pratiquement pas et ne se rend plus chez ses amies, qu'un nouveau diagnostic a été posé par le Dr R_____, sous la forme d'un trouble de la personnalité dépendante, qu'elle souffre d'autres atteintes à la santé que la fibromyalgie, à savoir des lombalgies chroniques de type mécanique, des cervico-brachialgies gauches et de l'arthrose au genou gauche, que l'intimé ne les a pas prises en compte et qu'il se justifie dès lors de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire pour les investiguer de manière plus approfondie.

30. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 19 janvier 2009, a conclu au rejet du recours. Il a constaté que les diagnostics étaient restés les mêmes et qu'en outre, l'état de santé de la recourante était décrit comme stable par ses médecins-traitants, tant au niveau physique que psychique.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. 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.
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis la dernière décision de refus de prestations, laquelle remonte au 1^{er} février 2005 et ce, au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière mais a rejeté la nouvelle demande. En d'autres termes, il a considéré qu'une éventuelle aggravation avait été rendue plausible mais qu'elle ne s'est finalement pas vérifiée.

En conséquence, il appartiendra au Tribunal de céans de vérifier dans un premier temps si c'est à juste titre que l'intimé a jugé qu'il n'y avait finalement pas eu d'aggravation de l'invalidité et, si tel ne devait pas être le cas, d'examiner si l'aggravation ouvre droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

7. 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).

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).

8. 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.

Dans l'assurance-invalidité, 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).

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).

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 LPGA), 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).

9. En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 1er février 2005 et de les comparer à ceux prévalant au moment de la quatrième demande de prestations.
10. En octobre 2004, le Dr R_____ avait posé le diagnostic de personnalité dépendante, dont il émettait l'avis qu'il était probable qu'il remonte à novembre 2001 et ait donc préexisté à la fibromyalgie. Il faisait également état d'une perte d'intégration sociale suite à l'incapacité de travail de longue durée. Quant au Dr O_____, il faisait état, en décembre 2004, d'une aggravation de la fibromyalgie sous la forme d'une multiplication des épisodes algiques, et d'un état dépressif plus marqué.

A l'appui de sa quatrième demande de prestations, la recourante a invoqué à nouveau les avis des Drs O_____ et R_____. Le premier, a indiqué en octobre 2007 avoir constaté depuis une année et demie environ une aggravation de l'anxiété et de la tristesse, accompagnées souvent d'insomnies et d'une fatigue intense. Il y aurait donc eu aggravation sur le plan psychique. A cet égard, il convient donc de se référer à l'avis du spécialiste, c'est-à-dire du Dr R_____. Or, ce dernier a qualifié en octobre 2007 l'état de sa patiente de stationnaire, avec des fluctuations vers le haut ou vers le bas. Il a ajouté qu'il n'y

avait pas de changement dans les diagnostics et que l'incapacité de travail remontait au 19 novembre 2001. Il a enfin précisé qu'il n'y avait pas d'évolution significative des status. Le psychiatre traitant a confirmé ces différents éléments dans un rapport ultérieur, daté du 4 juillet 2008, précisant que sa patiente était maintenue « dans une situation intermédiaire » et que, sur le plan des douleurs, il n'y avait pas de changement. Force est de constater que si l'on se réfère à l'avis du spécialiste, il n'y a donc pas eu d'aggravation sur le plan psychique.

Quant au Dr T_____, il a fait état de gonalgies gauches s'expliquant par une maladie de Pellegrini-Stieda et une arthrose débutante. Il a cependant ajouté que les signes radiologiques étaient très discrets et qu'après traitement, l'évolution des douleurs avait été favorable.

Eu égard à ces éléments, on ne saurait donc reprocher à l'intimé, comme le fait la recourante, de n'avoir pas procédé à une expertise complémentaire puisqu'il ressort de l'avis des spécialistes que son état est demeuré stable. Contrairement à ce qu'elle allègue, le trouble de la personnalité dépendante dont fait état le Dr R_____ n'est pas inconnu de l'intimé puisque ce diagnostic avait déjà été posé antérieurement à la dernière décision, rendue le 1er février 2005 et entrée en force. Quant au Dr T_____, il n'a fait que confirmer le diagnostic de fibromyagie, déjà connu lui aussi et évoquer des gonalgies qui, s'il est vrai qu'elles constituent un nouveau diagnostic, se sont nettement améliorées après traitement.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a lieu de confirmer l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée et de rejeter le recours.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL 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); 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

Yaël BENZ

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