

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/5103/2007

ATAS/583/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 13 mai 2008

En la cause

Madame S_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et
Christine TARRIT DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____, née en 1953, exerçant la profession de lingère/femme de chambre, a cessé toute activité lucrative dès février 2001 en raison de son état de santé. Elle a déposé le 3 septembre 2003 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente. Elle allègue souffrir d'une fibromyalgie et d'un état dépressif.
2. Mandaté par l'OCAI, le Prof. A_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a établi un rapport d'expertise le 30 juin 2003. Il a retenu les diagnostics de fibromyalgie, vertiges, syndrome anxio-dépressif léger et tache psoriasique du coude droit sans rhumatisme psoriasique. Il a considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail de 20% dans sa dernière activité professionnelle, étant précisé qu'il n'y avait pas de mesures particulières à envisager pour l'amélioration de la capacité de travail. Toutes les activités professionnelles, sans port régulier de charges lourdes de plus de 15 kg, étaient exigibles.
3. Vu l'existence d'une éventuelle pathologie psychiatrique, l'OCAI a confié au Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, le mandat d'investiguer sur ce point. Celui-ci, dans un rapport du 26 janvier 2004, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. L'état dépressif récurrent est secondaire au trouble somatique douloureux. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. En conclusion, le Dr B_____ constate qu'il n'apparaît pas de symptomatologie psychiatrique rédhibitoire contre-indiquant une reprise professionnelle; il déclare toutefois que l'influence actuelle des troubles psychique sur son activité de lingère n'autorise actuellement pas une reprise professionnelle, que ces troubles impliquent des répercussions négatives sur l'élan vital (aboulie), que la symptomatologie insomniacque sévère contrarie une reprise immédiate, que dès lors la capacité résiduelle est actuellement nulle et qu'une incapacité de travail de 20% au moins existe au plan psychiatrique probablement depuis juillet 2000.

Par courrier du 3 mai 2004, le Dr B_____ a corrigé son diagnostic en ce sens qu'il convenait de lire " trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen".

4. Dans une note du 11 juin 2004, la Dresse C_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR), considérant que l'expertise du Dr B_____ n'était pas probante et en totale contradiction avec l'expertise rhumatologique, a proposé qu'une contre-expertise soit confiée au Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

Celui-ci, dans son rapport d'expertise du 11 septembre 2004, conclut à l'absence de trouble dépressif chez l'assurée, et partant, à une capacité entière de travail dans son métier ou dans une autre activité pour des raisons psychiatriques.

Selon lui en effet, il apparaît à l'évidence que la symptomatologie / plaintes de l'assurée, subjective pour l'essentiel, soit "anxiété, moral bas, fréquents pleurs, fatigue, troubles de la mémoire, hyperphagie et prise de poids..." n'est pas du tout suffisante pour répondre d'un épisode dépressif constitutif d'un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive ou d'un trouble dépressif récurrent.

5. A nouveau interrogé, le Dr A_____ a confirmé l'incapacité de travail de 20% de l'assurée comme lingère en raison de l'association du syndrome douloureux diffus et des vertiges.
6. Dans une note du 7 février 2005, la Dresse C_____ a quant à elle considéré que les vertiges s'inscrivant dans un processus d'amplification des plaintes ne pouvaient justifier une diminution de la capacité de travail même de 20%. L'assurée ne présentait dès lors aucune atteinte à la santé ni aucune incapacité de travail durable même minime.
7. Par décision du 17 mars 2005, confirmée sur opposition le 23 juin 2005, l'OCAI a refusé toute prestation AI.
8. L'assurée, représentée par Maître Daniel MEYER, a déposé une nouvelle demande le 13 décembre 2006. Elle joint à son courrier une attestation du Dr E_____, généraliste, datée du 20 juin 2006, selon laquelle elle souffre d'une fibromyalgie et d'un état dépressif chronique. Depuis avril 2005, le Dr E_____ a noté une péjoration de son état de santé avec aggravation de la fatigue et des douleurs articulaires diffuses.

L'assurée a également fait état d'un courrier adressé à son mandataire le 2 juillet 2006 par la Dresse F_____, psychiatre, laquelle atteste qu'elle présente un état dépressif caractérisé au premier plan par un important ralentissement tant au niveau psychomoteur que de la pensée, fatigue, tristesse, des sentiments d'incapacité très importants et une très faible estime de soi. Cet état accompagne une fibromyalgie diagnostiquée depuis longue date par son médecin traitant. Ses performances tant au niveau personnel que professionnel sont très diminuées.

9. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 31 janvier 2007, le Dr E_____ a confirmé que les symptômes douloureux s'étaient aggravés avec une grande difficulté à effectuer les tâches ménagères, les différents traitements entrepris n'ayant occasionné aucune amélioration.
10. Le 21 février 2007, la Dresse F_____ a souligné que l'état dépressif dont souffrait sa patiente était devenu récurrent depuis son arrêt total de travail, aujourd'hui chronique et qu'il résistait à tout traitement. Elle a précisé que sa patiente était confuse et désorganisée, qu'elle présentait des pertes de mémoire et une insomnie tenace, qu'elle était triste et fatiguée, qu'elle avait une faible estime

d'elle-même, qu'elle semblait abattue avec une énorme fatigue et était sans ressource et sans espoir en l'avenir. Elle a fixé l'incapacité de travail de sa patiente à 100% depuis 2002 en raison de son trouble dépressif récurrent.

11. Invitée à se déterminer, la Dresse C_____ a, dans une note du 28 septembre 2007, constaté que l'assurée présentait une aggravation subjective de sa fibromyalgie, le médecin traitant expliquant bien qu'il s'agit d'une aggravation des douleurs. Il n'y a donc pas selon elle d'aggravation objective de l'état de santé.
12. Le 17 octobre 2007, l'OCAI a transmis à l'assurée un projet de décision selon lequel sa demande était rejetée.
13. Par décision du 30 novembre 2007, l'OCAI a confirmé son refus.
14. L'assurée, représentée par Maître Daniel MEYER, a interjeté recours le 20 décembre 2007 contre ladite décision. Elle reproche à l'OCAI de n'avoir pas mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, rhumatologique / psychiatrique. Elle rappelle que selon le DrA_____, elle présentait une incapacité de travail sur le plan somatique de 20% en 2003 déjà et considère qu'il y a lieu d'admettre une comorbidité psychiatrique suffisamment durable et importante dans son cas. Elle conclut à l'octroi d'un 3/4 de rente au moins.
15. Dans sa réponse du 31 janvier 2008, l'OCAI a proposé le rejet du recours.
16. Par courrier du 17 mars 2008, l'assurée a demandé à ce que soit entendue la Dresse F_____.
17. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition de ce médecin le 29 avril 2008.
18. La Dresse F_____ a confirmé qu'elle suivait la patiente depuis fin décembre 2005 sur la recommandation du Dr E_____. Elle a indiqué qu'elle avait diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne à sévère, que l'évolution avait été plutôt bonne, mais avec des hauts et des bas, en fonction des circonstances de la vie, plus particulièrement d'un deuil, et du fait que l'assurée se sentait exclue socialement depuis son arrêt de travail. Un état dépressif chronique s'était ainsi installé, d'intensité plutôt moyenne, lié à la fibromyalgie dont elle souffre, étant précisé qu' "on ne peut certes pas séparer la fibromyalgie et l'état dépressif mais celui-ci, chronique, reste quoi qu'il en soit". Elle estime l'incapacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée à plus de 50%. Elle a par ailleurs ajouté qu'à part son époux et ses deux sœurs, l'assurée se trouvait très isolée socialement.
19. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 30 novembre 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2005, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.
5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).

6. 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). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). 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. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la

présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04 et ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

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 TFA, 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 et les références citées).

L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1^{er} janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les

conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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, et la jurisprudence citée).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Le juge ne s'écarte en principe 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 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 judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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).

Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne 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)

8. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108). Enfin, 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).

9. En l'espèce, l'assurée s'est vu refuser toute prestation AI en juin 2005, dans le cadre de sa première demande de prestations. Il s'agit d'examiner à présent si son

incapacité de travail et, partant, son taux d'invalidité a depuis diminué, de sorte qu'elle puisse donner droit à une rente d'invalidité.

10. Il y a préalablement lieu de constater que les diagnostics sont restés les mêmes, soit fibromyalgie et état dépressif.

Selon le Prof A_____, elle présentait en 2003 une incapacité de travail de 20% comme lingère, en raison de l'association du syndrome douloureux diffus et des vertiges.

Sur le plan psychiatrique, force est de constater que les conclusions de l'expert B_____ sont difficilement compréhensibles, dans la mesure où il conclut, d'une part, qu'aucune symptomatologie psychiatrique contre-indique une reprise professionnelle et, d'autre part, que la capacité résiduelle de travail est nulle en raison des troubles psychiatriques. Le Dr D_____, dont l'expertise réalisée le 11 septembre 2004, remplit quant à elle tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante, en ce sens que ses conclusions sont claires et bien motivées, a considéré que l'assurée pouvait travailler à plein temps, quelle que soit l'activité envisagée.

11. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, alléguant une aggravation de son état de santé.

12. Le Dr E_____ a à cet égard attesté d'une aggravation de la fatigue et des douleurs articulaires diffuses. Il a plus particulièrement indiqué, dans son rapport du 31 janvier 2007, que les symptômes douloureux s'étaient aggravés. Force est de constater sur cette base, à l'instar de l'OCAI, que seule une aggravation des douleurs est intervenue. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent en effet 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 et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

13. La Dresse F_____ a expliqué qu'un état dépressif chronique s'était installé, qu'il avait été dans un premier temps d'intensité moyenne à sévère, puis avait évolué plutôt favorablement, avec des hauts et des bas en fonction des événements de la vie.

14. Il est vrai que l'OCAI n'a pas fait procéder à une nouvelle expertise psychiatrique de l'assurée. On ne saurait cependant le lui reprocher, dans la mesure où bien qu'en principe, il convient d'exiger le concours d'un psychiatre lorsqu'il s'agit de se

prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, demeurent réservés les cas où l'on est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V consid. 4.3).

Or, tel est bien le cas en l'espèce. Le Tribunal de céans constate que l'état dépressif d'intensité moyenne dont fait état la Dresse F_____ ne saurait être assimilé à une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie ; il ne peut constituer la comorbidité psychiatrique importante que la jurisprudence compte comme critère déterminant en premier lieu, étant incontestablement lié à la fibromyalgie (cf PV d'enquêtes du 29 avril 2008 ; ATF 130 V 356). Le fait que le Dr D_____ avait écarté en septembre 2004 le diagnostic d'état dépressif ne suffit pas dans ces conditions pour considérer qu'il y ait à cet égard aggravation de l'état de santé.

Les autres critères posés par la jurisprudence, dont le cumul permettrait d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie, ne sont à l'évidence pas non plus réalisés, soit les affections corporelles chroniques, la perte d'intégration sociale, l'état psychique cristallisé et l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a conclu que la fibromyalgie et l'état dépressif qui lui est associé n'avaient pas de caractère invalidant et que l'état de santé de l'assurée n'avait en réalité pas subi de modification depuis 2005, de sorte que les conditions de la révision ne sont pas remplies.

Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

15. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

**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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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