

## **GE\_GERICHTE A/308/2008 vom 21. April 2008**

GE Cour de justice, 2008-04-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_308\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_308_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/308/2008 du 21 avril 2008

IT: GE\_GERICHTE A/308/2008 del 21 aprile 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Madame N\_\_\_\_\_, originaire d'Espagne, naturalisée suisse en 2006, a travaillé en tant qu'aide-soignante aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) depuis 1981.

#### **E. 2**

Le 15 janvier 1998, alors qu'elle déplaçait un paravent de plomb sur son lieu de travail, celui-ci lui est tombé dessus, la projetant contre un lavabo et atterrissant sur son pied.

#### **E. 3**

Après une tentative de reprise de travail infructueuse, l'assurée est en arrêt définitif de travail depuis le 10 août 1998. Les diagnostics d'état dépressif, de fibromyalgie, de syndromes douloureux somatoformes persistants, de cervico-brachialgie et de lombagos chroniques ont été posés.

#### **E. 4**

Le 15 septembre 1998, le Docteur - A\_\_\_\_\_, chef de clinique à l'unité psychiatrique des HUG, a effectué une évaluation psychiatrique à la demande du Docteur B\_\_\_\_\_, médecin-traitant. Dans son rapport, ce médecin a relevé que l'assurée a subi un épisode dépressif majeur en 1983, traité avec psychotropes, dont elle a gardé un mauvais souvenir, ce qui semblait toujours conditionner son acceptation de médicaments autres que ceux pour sa thalassémie traitée. Elle a dès lors adopté une approche homéopathique et spirituelle basée sur la philosophie orientale hindoue. Selon la patiente, elle a toujours ressenti un affect dépressif de base lié à son histoire familiale. L'accident a aussi mis en évidence un sentiment de rancœur à l'égard de sa hiérarchie dans la mesure où elle ne se sentait pas reconnue dans son travail et ne supportait plus les horaires pénibles et un planning de travail non adapté à ses atteintes physiques et psychiques, ce qui a conduit par moments à des conflits avec ses collègues. Le Docteur A\_\_\_\_\_ a constaté une symptomatologie dépressive qui ne remplissait pas les critères pour une dépression majeure, mais se situait néanmoins dans la limite d'un état dépressif. Il s'agissait d'une aggravation d'une dysthymie de base qui par moment pouvait atteindre la fourchette standardisée DSM-IV. Il n'était pas exclu, que par périodes, les symptômes dysthymiques soient d'une telle intensité qu'ils correspondaient au diagnostic d'état dépressif dans le sens des classifications internationales. Le Docteur A\_\_\_\_\_ a proposé une psychothérapie et, si nécessaire, un traitement antidépresseur en parallèle.

#### **E. 5**

Le 11 juin 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations à l'assurance-invalidité en vue de l'octroi d'une rente.

## **E. 6**

Dans son rapport intermédiaire du 2 juillet 1999, le Docteur B\_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité de travail dès le 10 août 1998 pour névrose dépressive (dysthymie ICD 10), status post état dépressif majeur en 1983 et status post-accident en 1998 sans fractures. Il a en outre précisé que la patiente avait déjà présenté en 1983 un état dépressif sévère et a développé, à la suite de son accident probablement non-significatif, une dépression assez sévère, avec une incapacité de travail. Ce médecin a ajouté que les multiples efforts de la mettre dans un suivi psychothérapeutique avaient échoué, mais qu'un suivi régulier (médecine interne par le Docteur B\_\_\_\_\_) avait pu stabiliser la situation, de sorte que la patiente arrivait à s'occuper de ses affaires personnelles (ménage, factures). Le Docteur B\_\_\_\_\_ n'a en outre pas exclu la récupération d'une capacité de travail réduite après une durée suffisante d'un suivi psychothérapeutique.

## **E. 7**

Dans son rapport médical du 21 février 2000, le Docteur C\_\_\_\_\_, FMH médecin interne, a confirmé une incapacité de travail à 100% dès le 10 août 1998. Ce médecin a diagnostiqué des cervico-brachialgies, un lumbago chronique, un état dépressif et une fibromyalgie. Selon les plaintes de l'assurée, elle souffrait en outre de douleurs et de raideurs des muscles et des articulations et d'une psychasthénie sévère. Le status était celui d'une polyarthromyalgie aggravée par un état dépressif ne lui permettant pas d'avoir une activité régulière.

## **E. 8**

Le Docteur C\_\_\_\_\_ a confirmé ce rapport par celui du 12 avril 2000.

## **E. 9**

Dans son rapport intermédiaire du 19 avril 2000, le Docteur B\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de fibromyalgie et a indiqué comme traitement un suivi physiothérapeutique et rhumatologique régulier (Docteur D\_\_\_\_\_) et un suivi psychiatrique. Selon ce médecin, une réintégration professionnelle ne semblait pas être possible.

## **E. 10**

Le Docteur D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, dans son rapport du 8 mai 2000, une fibromyalgie et un état dépressif, sans se prononcer sur la capacité de travail, dans la mesure il n'était pas en mesure de fournir des indications sûres, dès lors qu'il n'avait vu la patiente qu'à deux reprises. Elle se plaignait alors de douleurs ostéo-articulaires multiples, d'une grande fatigue et de problèmes intestinaux. L'examen clinique mettait en évidence 18 points sur 18 pour une fibromyalgie. Par ailleurs, ce médecin a indiqué que l'assurée souffrait d'un état dépressif distinct moyen à mettre en rapport probablement avec un grand conflit au travail.

## **E. 11**

Le 3 juillet 2000, le Docteur E\_\_\_\_\_ du département de psychiatrie des HUG a confirmé une incapacité de travail à 100% dès le 10 août 1998 pour une durée indéterminée, mais probablement définitive, pour un travail essentiellement physique. Il a indiqué que la patiente s'était plainte de souffrir de douleurs chroniques depuis environ 17 ans avec d'importantes fluctuations. Ces douleurs s'étaient exacerbées à la suite de son accident sur son lieu de travail en date du 15 janvier 1998. Ce médecin a posé le diagnostic de rachialgies chroniques persistantes. Dans le questionnaire complémentaire concernant les troubles psychiques, il a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble psychique sous forme

d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45) qui durait de façon aiguë depuis le 15 janvier 1998, date de son accident. Les symptômes de cette affection consistaient essentiellement dans des plaintes douloureuses avec des sentiments de détresse dans un contexte de conflit affectif important. Selon le Docteur E \_\_\_\_\_, l'assurée présentait un trouble de la personnalité et des particularités de nature comportementale, sociale, culturelle ou familiale influençaient légèrement l'affection actuelle. Il a enfin indiqué que la patiente souffrait de douleurs chroniques depuis de nombreuses années, même avant son accident, et qu'elle avait réalisé une importante adaptation sur le plan professionnel depuis son arrivée en Suisse, sans jamais avoir obtenu la reconnaissance qu'elle espérait sans forcément se l'avouer. Elle décrivait par ailleurs son enfance comme émaillée de maltraitances et de non-reconnaisances. Ces divers facteurs ont contribué à engendrer une certaine accumulation d'une rancœur provoquant des douleurs chroniques, selon un mécanisme fréquemment observé dans la genèse des douleurs chroniques chez les patients atteints de cette pathologie.

## **E. 12**

Les 3, 5 et 18 août 2000, l'assurée a été examinée au Centre d'Observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Selon le rapport du 2 avril 2001 de ce centre, elle se plaignait de douleurs diffuses au niveau cervical et entre les omoplates, de lombalgies, de douleurs aux membres supérieurs ainsi que de pratiquement tout l'appareil locomoteur. L'intensité des douleurs a été évaluée, sur une échelle visuelle analogique de la douleur, à un chiffre 8 à 9 sur 10. Sa capacité de travail dans les activités ménagères devait être estimée à 100% même si la patiente signalait qu'elle effectuait ces activités de façon ralentie par rapport au passé et qu'elle devait les limiter de façon temporaire, suivant l'intensité de la douleur. La cessation de toute activité professionnelle, ainsi que la pratique de la relaxation et des exercices de yoga lui avaient permis d'apaiser les douleurs. Sans ces dernières pratiques, elle a affirmé que l'intensité des douleurs rejoignait le chiffre de 10 sur 10 et que celles-ci devenaient pratiquement quotidiennes. Elle souffrait par ailleurs de troubles du sommeil avec une difficulté d'endormissement mais présentait en même temps une hypersomnie. Les médecins du COMAI ont posé le diagnostic d'un syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de fibromyalgie (F45.4/M79.0X-001), ainsi que d'un épisode dépressif moyen (F32.1). Sur le plan physique, les documents radiologiques ne montraient pas de lésions ostéo-articulaires significatives susceptibles d'expliquer l'intensité et l'extension des douleurs de la patiente. Celle-ci présentait des signes de non-organicité et 16 points de fibromyalgie sur 18 positifs, avec des points-contrôle tantôt douloureux, tantôt indolores au cours du même examen clinique par le consultant en rhumatologie. Tous les critères du trouble somatoforme douloureux étaient remplis, à savoir douleurs dans plusieurs localisations anatomiques au centre du tableau clinique à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social, professionnel et dans d'autres domaines importants, avec des facteurs psychologiques qui jouaient un rôle fondamental dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur, sans que les symptômes furent produits intentionnellement ou feints ou pussent être expliqués par un trouble psychiatrique associé. D'un point de vue rhumatologique strict, la capacité de travail a été évaluée à 50% en tant qu'aide-soignante avec une limitation pour les travaux lourds, comme par exemple le transport ou le positionnement des malades au lit, le déplacement des malades, le port de charge supérieure à 15 kilos. Sur le plan psychosocial, les médecins ont relevé un état dépressif d'intensité actuellement moyenne. Son divorce en 1993, le décès de son père en

1996 et celui de sa mère en 1997, ainsi qu'un certain vécu de maltraitance psychologique au cours de l'enfance et de l'adolescence ont pu jouer un rôle dans le développement des troubles dépressifs. Les experts ont également indiqué que la patiente semblait chercher, de façon revendicatrice, une compensation de ses souffrances par l'assurance-invalidité. Les sentiments d'injustice, comme son harcèlement au niveau professionnel suite à son accident, semblaient être vifs. Quant à la capacité de travail, l'intensité des troubles psychiatriques ne l'anéantissait pas totalement. Dans leur appréciation pluridisciplinaire, les médecins du COMAI ont finalement estimé qu'il persistait une capacité de travail raisonnablement exigible de l'ordre de 50% dans le cadre de la profession habituelle d'aide-soignante, en tenant compte des limitations relevées. Selon leur avis, un taux supérieur n'était vraisemblablement pas exigible dans une autre activité en raison du syndrome douloureux et de la problématique psychologique.

#### **E. 13**

Dans son appréciation du 25 avril 2001, le médecin conseil de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), le Docteur ,, a estimé que les critères jurisprudentiels pour reconnaître une valeur d'invalidité au trouble douloureux somatoforme constaté n'étaient pas réalisés, tout en relevant qu'il s'agissait d'une assurée qui avait pour seul but d'être reconnue comme invalide par l'assurance. Ses plaintes n'étaient pas crédibles, en l'absence totale de limitations fonctionnelles objectives et dès lors qu'elles avaient été jugées discordantes par les experts.

#### **E. 14**

A la suite du projet de décision de refus de toute rente de l'OCAI du 2 juillet 2001, le Docteur B \_\_\_\_\_ a communiqué à celui-ci qu'il ne pensait pas que la décision d'attribuer une capacité de travail à 100% à cette patiente était adaptée et qu'il fallait réévaluer le projet de décision dans le sens de l'expertise.

#### **E. 15**

En date du 25 mars 2002, l'assurée a été entendue par la psychologue de l'OCAI. Lors de cet entretien, elle s'est montrée très plaintive et revendicatrice. Elle a également beaucoup pleuré, ce qui a fait penser la psychologue à la présence d'un trouble dysthymique. En conclusion, celle-ci n'a pas contesté le fait qu'en tenant compte des conditions fixées par la jurisprudence, l'assurée ne présentait pas une atteinte à la santé correspondant aux critères de prise en charge par l'assurance-invalidité, mais a admis qu'elle souffrait à l'évidence. La psychologue a ainsi estimé que la dynamique dans laquelle se trouvait l'intéressée l'empêchait totalement d'être efficace sur le marché de l'emploi et de retrouver une capacité de gain. Elle a cependant reconnu que l'audition n'avait pas amené d'éléments nouveaux par rapport aux renseignements médicaux figurants dans le dossier.

#### **E. 16**

Par sa décision du 4 avril 2002, l'OCAI a notifié une décision de refus de toute rente à l'assurée au motif que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué n'avait pas valeur d'invalidité au sens de la loi et selon les critères fixés par le Tribunal fédéral des assurances (TFA). En effet, les troubles somatoformes qui exprimaient un vécu non assimilé n'étaient pas obligatoirement synonymes d'une atteinte à la santé psychique ayant valeur d'invalidité, en l'absence totale de limitations fonctionnelles objectives.

#### **E. 17**

Par acte reçu le 7 mai 2002, l'assurée a formé, par l'intermédiaire de son conseil, recours contre la décision précitée devant la Commission cantonale de recours AVS-AI (ci-après : commission de recours), en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 10 août 1999. Elle s'est prévaluée pour l'essentiel de l'ensemble des rapports médicaux produits, selon lesquels elle souffrait d'un état dépressif moyen et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de fibromyalgie. A cet égard, elle a constaté qu'elle a été examinée par 11 médecins et psychologues, y compris le Docteur F\_\_\_\_\_ de l'OCAI, qui lui reconnaissaient tous une incapacité de travail de 50% au moins, à l'exception de ce dernier médecin, sans que celui-ci se soit fondé sur des motifs impérieux et dûment motivés.

#### **E. 18**

Dans sa détermination du 1<sup>er</sup> juillet 2002, l'OCAI a rappelé les critères du TFA pour admettre une invalidité au sens de la loi en cas de troubles somatoformes douloureux. En se fondant sur le rapport du COMAI, il a fait valoir que ces critères n'étaient pas remplis, dès lors que les médecins avaient pris en compte des facteurs dont l'assurance-invalidité n'avait pas à répondre. Cela étant, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

#### **E. 19**

Le 12 août 2002, la recourante s'est déterminée sur le préavis de l'OCAI et a repris ses conclusions précédentes, en se référant pour l'essentiel au rapport d'expertise du COMAI qui, selon son appréciation, jouissait d'une valeur probante accrue.

#### **E. 20**

Par arrêt du 17 décembre 2003, le Tribunal cantonal des assurances sociales, auquel les causes pendantes devant la commission de recours ont été transmises à la suite de sa création et de son entrée en fonction en date du 1<sup>er</sup> août 2003, a admis le recours, annulé la décision de l'OCAI du 4 avril 2002 et octroyé à la recourante une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> août 1999.

#### **E. 21**

Sur recours de l'OCAI, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a annulé cet arrêt pour composition irrégulière du tribunal, dès lors que deux juges assesseurs dont l'élection avait été annulée par le TFA le 27 janvier 2004, avaient participé à la procédure et à la décision. La cause a été par conséquent renvoyée au Tribunal de céans pour qu'il statue à nouveau au sens des considérants.

#### **E. 22**

Par arrêt du 8 septembre 2004, le Tribunal de céans a admis le recours, annulé la décision litigieuse et octroyé à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 1999.

#### **E. 23**

Le 11 novembre 2004, le Dr A\_\_\_\_\_, FMH spécialiste psychiatrie et psychothérapie, a rendu un certificat médical attestant qu'il suivait la patiente depuis le 25 février 2004 en raison d'un trouble dépressif majeur récurrent, associé à un trouble de l'humeur chronique de type dysthymique évoluant depuis l'enfance-adolescence de la patiente. Il relève que "cette perturbation de l'humeur à forte tonalité névrotique se caractérise notamment par une très faible estime de soi et ce dans le contexte d'une anamnèse personnelle caractérisée par

d'importantes carences affectives. Parallèlement la patiente présente un trouble fonctionnel de type somatoforme (fibromyalgie) évoluant depuis plusieurs années. La patiente bénéficie d'une approche psychothérapeutique combinée à son suivie chez son médecin interniste. La patiente se rend régulièrement à ses rendez-vous et elle se montre motivée en ce qui concerne le travail psychothérapeutique en cours".

#### **E. 24**

Le 15 novembre 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté que la situation de la patiente ne s'était pas modifiée depuis l'expertise de 2001 et que cette dernière n'était pas en mesure de travailler plus qu'un 50 %. Le traitement se limitait à un suivi occasionnel avec prescription de physiothérapie.

#### **E. 25**

Sur recours de l'OCAI du 1<sup>er</sup> octobre 2004, le Tribunal fédéral des assurances a, par arrêt du 20 mars 2006, annulé le jugement du Tribunal de céans du 8 septembre 2004. Il convenait de nier sur la base du rapport COMAI et de l'avis du Dr A\_\_\_\_\_ de septembre 1998 que l'état dépressif moyen diagnostiqué chez l'assurée suffise à établir une comorbidité d'une acuité et d'une durée importante. Il semblait cependant que la situation s'était modifiée dès lors que le Dr A\_\_\_\_\_ faisait actuellement état d'un épisode dépressif majeur, circonstance dont il n'y avait pas lieu de tenir compte dès lors qu'elle était postérieure à la décision litigieuse. On pouvait douter d'un état psychique cristallisé. Il existait des indices laissant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (le désir subjectif de se voir indemniser pour une rente) L'ensemble des circonstances laissait présumer que les troubles somatoformes douloureux et ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de l'assuré. Il convenait de nier une incapacité de travail résultant de ce seul diagnostic.

#### **E. 26**

Le 22 mai 2006, le Dr G\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a écrit à l'OCAI que l'assurée était totalement incapable de travailler tant pour des motifs physiques que d'ordre psychologique. Il était illusoire de penser qu'avec sa formation et ses capacités physiques, elle puisse trouver un quelconque emploi, même à 50 %. Il appuyait une demande de révision.

#### **E. 27**

L'OCAI a ouvert une procédure de révision.

#### **E. 28**

Le 7 juillet 2006, le Dr G\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel il indique suivre la patiente depuis le 1<sup>er</sup> mai 2006. Ses problèmes psychiatriques l'empêchaient de travailler. Elle était hyperémotive, logorrhéique, incapable d'écoute et de dialogue, elle présentait une interprétativité pathologique paranoïaque et un état dépressif réactionnel majeur. Ses douleurs diffuses n'étaient qu'une conséquence de son état psychologique. Il pose le diagnostic de psychopathologie complète résultant en une inadaptation psychosociale majeure. L'état de santé était stationnaire et un examen psychiatrique était nécessaire.

#### **E. 29**

Le 8 novembre 2006, le Dr A\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique un trouble douloureux somatoforme chronique (fibromyalgie) F45.4 depuis 1998, un état dépressif majeur modéré sans symptôme psychotique en rémission depuis deux mois existant depuis 2006 F32.11 et un trouble de la personnalité non spécifié F60.0 existant depuis l'enfance/adolescence. Il suivait la patiente depuis le 25 février 2004. La patiente s'isolait de plus en plus en restant à la maison, en raison de ses douleurs et des conséquences thymiques de celles-ci. En mars 2005, un diagnostic formel d'état dépressif majeur modéré, associé à des importantes idées suicidaires, avait été posé et le traitement antidépresseur accepté pour la première fois avait eu un bon effet sur la thymie. Le trouble de la personnalité se manifestait par des déficits chroniques de l'estime de soi et des ses relations interpersonnelles, une fort mauvaise régulation des émotions et de graves déficits narcissiques et de holding en raison de carences affectives chroniques au niveau de son enfance-adolescence. Cela expliquait que son attitude puisse être perçue par moment comme démonstrative. Elle bénéficiait d'une thérapie de soutien adaptée depuis 2004 à la chronicité de ses troubles. Au vu de cette chronicité, le pronostic lui semblait pauvre et tout projet de reprise du travail, voire d'exiger de la patiente un effort de volonté de sa part, lui semblait en décalage complet avec la réalité clinique, psychique et anamnétique de la patiente. Pour cette raison il estimait que la capacité de la patiente pour exercer une activité lucrative dans l'avenir était nulle.

### **E. 30**

Un mandat SMR du 19 décembre 2006 mentionne qu'il s'agit d'une demande de révision visant l'augmentation de la demi-rente AI actuelle.

### **E. 31**

Le 12 juillet 2007, le Dr H\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical. Il relève qu'il s'agit d'une assurée au bénéfice d'une rente à 50 % octroyée à la suite d'une procédure au Tribunal fédéral, lequel avait validé une expertise COMAI effectuée à la PMU de Lausanne. Le Dr A\_\_\_\_\_ avait posé un diagnostic nouveau, soit le trouble de la personnalité non spécifique qu'il convenait d'écarter dans la mesure où l'expertise psychiatrique du COMAI en 2000 n'en avait pas fait mention et dans la mesure où l'histoire de l'assurée, depuis son arrivée en Suisse jusqu'à son accident, parlait contre une déviation par rapport à la norme, étant donné ses facultés d'adaptation qui l'avaient vu évoluer de la profession de femme de ménage jusqu'à la qualité d'aide de salle d'opération en passant par l'activité d'aide-infirmière. En conséquence, il s'agissait plus probablement de traits de la personnalité en rapport avec une mauvaise régulation des émotions, voire de type narcissique, exacerbés par un épisode dépressif qui avait bien réagi au traitement et était évalué comme étant en rémission. La remarque du psychiatre traitant concernant l'évaluation de la capacité de travail qui lui "semble en décalage complet avec la réalité clinique, psychique et anamnétique" était un jugement personnel du médecin traitant psychiatre qui ne correspondait pas à la jurisprudence selon laquelle on pouvait affirmer qu'il n'existait pas de fait nouveau.

### **E. 32**

Par projet de décision du 21 novembre 2007, l'OCAI a estimé qu'il n'y avait aucun fait nouveau permettant de changer la précédente évaluation, confirmée par le Tribunal fédéral et a rejeté la nouvelle demande de rente.

### **E. 33**

Le 22 décembre 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI qu'elle souhaitait que sa demande de prestation soit réexaminée par un service médical compétent et impartial.

#### **E. 34**

Par décision du 10 janvier 2008, l'OCAI a constaté que le SMR avait pris en compte les différents rapports médicaux au dossier et confirmé son refus de rente.

#### **E. 35**

Le 31 janvier 2008, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en relevant que dès le départ elle avait eu le sentiment que l'AI doutait de son cas. Elle requérait une nouvelle expertise d'un service médical neutre. Elle était en traitement régulier auprès des Drs I\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_.

#### **E. 36**

Le 3 mars 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours et contesté la nécessité d'une nouvelle expertise.

#### **E. 37**

Le 7 avril 2008, le Tribunal de Céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquêtes au cours de laquelle le Dr A\_\_\_\_\_ a été entendu. Celui-ci a principalement déclaré que l'état douloureux était stationnaire, que la recourante souffrait d'une névrose de caractère, laquelle commençait à s'améliorer sous traitement, que l'incapacité de travail était totale en raison des douleurs chroniques, qu'en 2005 elle avait présenté un trouble dépressif majeur qui avait bien répondu au traitement médicamenteux sur six mois et qu'actuellement, il n'y avait plus d'état dépressif. La représentante de l'intimé a déclaré : "Vous me signalez la remarque du Dr H\_\_\_\_\_ du SMR et je pense que celui-ci a confondu le Tribunal fédéral avec le Tribunal cantonal lequel avait à l'époque octroyé une demi-rente d'invalidité. J'estime que cette remarque n'a pas d'impact sur les conclusions médicales mais qu'il s'agit d'une simple confusion de noms". La recourante a déclaré qu'elle souffrait quotidiennement, principalement aux cervicales au dos ainsi que d'acouphènes.

#### **E. 38**

Sur quoi la cause a été gardé à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne une demande de révision suite au refus de la rente de l'intimé du 4 avril 2002. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329 ). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle

générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité de la recourante et en particulier sur la question de l'aggravation de son état de santé et de ses conséquences sur sa capacité de gain. 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) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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. c) 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 références citées). 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). d) 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. 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). 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. 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, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3).

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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). d) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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). e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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. Au premier plan figure 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 traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste

d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05). c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04). d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04). 10. En l'espèce, le Tribunal fédéral des assurances a jugé le 20 mars 2006 que l'état dépressif moyen diagnostiqué par le COMAI dans son rapport du 2 avril 2001 ne constituait pas une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, que l'on pouvait douter de l'état psychique cristallisé, qu'il existait des indices laissant plutôt apparaître un profit

secondaire tiré de la maladie et que l'assurée pouvait surmonter les effets du trouble somatoforme douloureux en exerçant à 100 % une activité adaptée sans port de charges lourdes. Lors de sa demande de révision, la recourante a fourni des rapports médicaux du Dr G \_\_\_\_\_ (22 mai et 7 juillet 2006) selon lesquels elle était totalement incapable de travailler pour des motifs physiques et psychologiques, ses douleurs diffuses n'étant qu'une conséquence de son état psychologique, ainsi qu'un rapport du Dr A \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2006 attestant d'une incapacité totale de travailler. Entendu en audience, le psychiatre traitant a déclaré que sa patiente ne souffrait actuellement plus d'état dépressif et que celui, majeur, présent en 2005 s'était amendé sous traitement médicamenteux d'une durée de six mois. Le Tribunal de céans constate, au vu de ce témoignage, qu'il n'y a ainsi, depuis le 4 avril 2001 - date de la dernière décision de l'intimée - pas d'aggravation de l'état dépressif moyen de la recourante, dès lors qu'hormis une période de six mois en 2005 durant laquelle l'état dépressif était majeur, celui-ci s'est même amélioré de telle façon que les critères admis pour constater un état dépressif ne sont actuellement pas remplis. Le Dr A \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de névrose de caractère. Il a mentionné en audience ce diagnostic en expliquant de façon claire et convaincante pour quelle raison il était nécessaire d'assurer un suivi régulier pour être en mesure de détecter ce trouble et pourquoi il était présent chez l'assurée, de telle sorte que l'avis du SMR du 12 juillet 2007 écartant un tel diagnostic ne saurait être suivi. Quoi qu'il en soit, le psychiatre traitant a justifié l'incapacité de travail totale en raison des douleurs et non pas en raison de cette névrose de caractère. Il convient ainsi d'examiner si les critères jurisprudentiels pour admettre qu'un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie est invalidant, sont remplis en l'espèce, étant rappelé que le Tribunal fédéral des assurances a nié à l'époque un tel caractère invalidant. Aucune affection corporelle chronique concomitante n'a été avancée par la recourante ou par ses médecins, étant précisé qu'une telle affection n'était pas présente à l'époque (arrêt du 8 septembre 2004 ATAS/708/2004 p.12). La recourante qui a une vie sociale réduite mais vit avec sa fille, voit quelques membres de sa famille et suit un cours de français ne saurait être considérée comme étant en perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie au sens de la jurisprudence précitée, critère qui n'avait pas non plus été admis à l'époque ( ATAS/708/2004 p. 12). En revanche, la recourante subit l'échec des traitements ambulatoires et/ou stationnaires conformes aux règles de l'art, ce qui a été confirmé par le psychiatre traitant. Il n'est toutefois pas certain qu'elle présente un état psychique cristallisé dès lors que le Dr A \_\_\_\_\_ a admis que tel était le cas par rapport à l'état douloureux mais que la névrose de caractère commençait à s'améliorer avec le traitement. Cette question n'a toutefois pas besoin d'être résolue dès lors que seuls deux critères nécessaires pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux seraient remplis et que le contexte général de ce trouble ne s'est pas modifié, comme l'ont d'ailleurs admis les médecins traitants qui estiment que l'état douloureux est stationnaire, même si la douleur s'est chronifiée selon le Dr A \_\_\_\_\_. En conséquence, l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié d'une façon telle, postérieurement à avril 2002, qu'il impliquerait une diminution de la capacité de gain, reconnue comme complète par le Tribunal fédéral des assurances le 20 mars 2006, appréciation qui lie le Tribunal de céans. 11. a) Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1 er juillet 2006 (RO 2006 2003), 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'AI 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). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.