

NE_GERICHTE TA.2007.191 vom 15. Juni 2009

NE Tribunal cantonal, 2009-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.2007.191

FR: NE_GERICHTE TA.2007.191 du 15 juin 2009

IT: NE_GERICHTE TA.2007.191 del 15 giugno 2009

Erwägungen

E. 1

Le recours a été déposé en temps utile. Lorsque le recours émane d'un profane, les critères pour admettre sa recevabilité formelle sont plus larges. La jurisprudence retient que les conclusions doivent, en lien avec les motifs et le cas échéant compte tenu du corps du mémoire, permettre à l'autorité de savoir ce que demande l'administré (ATF 123 V 335 cons.1a; 101 V 127 ; ATF non publié du 19.12.2006 [H 144/06] cons.1; RJN 1986, p.223). En l'espèce, agissant contre une décision de non-entrée en matière de l'OAI, on comprend que la recourante plaide pour "une procédure", soit pour l'examen au fond de sa demande de révision, conduisant à l'octroi d'une rente à 100 %, suite à la mise en œuvre d'une expertise par un médecin neutre. Une telle conclusion est recevable et, partant, le recours l'est également.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales et la novelle du 21 mars 2003 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (4e révision) sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2003 et 1er janvier 2004, entraînant de nombreuses modifications légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. En l'espèce, l'OAI a par décision du 23 mai 2007 refusé d'entrer en matière sur une demande de révision de rente déposée par l'assurée le 21 juillet 2006, alléguant une aggravation de son état de santé par rapport à celui qu'il était lorsqu'une rente lui a été allouée à 50 % par prononcé du 12 mars 1998, rente inchangée suite à deux procédures de révision du droit à la rente, la première d'office aboutissant à la décision du 26 octobre 2001 et la deuxième à l'initiative de l'assurée aboutissant à la décision du 4 novembre 2004, l'opposition à celle-ci étant déclarée irrecevable le 5 septembre 2005. Il convient donc d'examiner le présent cas en tenant compte des modifications législatives introduites par la LPGA pour la période à compter du 1er janvier 2003 et à l'aune des dispositions de la LAI dès le 1er janvier 2004. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, s'applique également en l'espèce (dispositions transitoires y relatives, litt.c). Les modifications apportées à la législation régissant l'assurance-invalidité par la novelle du 6 octobre 2006 modifiant la LAI (5e révision), en vigueur depuis le 1er janvier 2008, n'entrent en revanche pas en ligne de compte. La législation applicable en cas de changement de règles de droit reste en effet celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 cons.1, 130 V 329 cons.2.3; ATFA non publié du 24.08.2006 [I 392/05] cons.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA, ainsi que de la

quatrième révision de la LAI (ATF 130 V 343 cons.2, 3.6; ATFA non publié du 24.08.2006 [I 392/05] cons.3.2).

E. 3

a) Aux termes de l'article 49 al.3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation a au demeurant été déduite par la jurisprudence du droit d'être entendu, garanti par l'article 29 al.2 Cst.féd., afin que le destinataire de la décision puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 129 I 232 cons.3.2, p.236 ss; ATF 126 I 97 cons.2b, p.102 ss; Arrêt du TAF non publié du 23.01.2008 [C-6302/2007]). Il y a également violation du droit d'être entendu si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner et de traiter les problèmes pertinents (ATF 126 I 97 cons.2b, p.102 ss; ATF 122 IV 8 cons.2c, p.14). Pour répondre à ces exigences, il suffit que le juge (ou l'autorité) mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse apprécier la portée de celle-ci et la déférer à l'instance supérieure en connaissance de cause (v. ATF précités). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la potentielle gravité des conséquences de la décision et des circonstances du cas particulier. Plus la liberté d'appréciation ou la latitude de jugement de l'autorité est importante et plus la mesure prise porte atteinte aux droits des particuliers, plus la motivation doit être circonstanciée (ATF 112 Ia 107 cons.2b, p.109 ss; ATF 133 II 429). Si la motivation doit révéler les réflexions de l'autorité sur les éléments (de fait et de droit) essentiels qui ont influencé sa décision, l'autorité n'est cependant pas tenue de prendre position sur tous les faits, griefs et moyens de preuve invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent décisifs pour la solution de la cause (ATF 126 I 97 cons.2b, p.102 ss; ATF 112 Ia 107 cons.2b, p.109 ss). En matière d'assurances sociales, les exigences relatives à l'obligation de motiver ne peuvent raisonnablement pas être trop élevées vu le nombre important de décisions que les autorités compétentes sont appelées à rendre. La motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, sachant toutefois que les décisions doivent rester compréhensibles pour les administrés (ATA du 03.06.2002 [TA.2001.88] cons. 2a et les références). Le droit d'obtenir une décision motivée est une garantie constitutionnelle de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 126 I 19 cons.2d/bb, p.24; ATF 126 V 130 cons.2b, p.131 ss). Depuis le 1er juillet 2006, une éventuelle violation du droit d'être entendu ne peut plus être guérie au niveau du Tribunal administratif, le pouvoir d'examen de celui-ci ne s'entendant plus à l'opportunité de la décision attaquée (ATA du 08.08.2008 [TA.2008.41] cons.2b et les références). b) La décision querellée du 23 mai 2007 comporte au titre de sa motivation, la mention suivante : "Vous avez déposé une nouvelle demande concernant l'octroi de rente. Votre précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 4 novembre 2004, confirmée par une décision sur opposition du 5 septembre 2005. Notre décision est par conséquent la suivante : Nous n'entrons pas en matière sur la demande de prestations." Les motifs pour lesquels une non-entrée en matière sur la demande de prestations est ici la conséquence du rejet de la précédente demande de prestations n'apparaissent pas clairement. Cela étant, le projet de décision du 29 mars 2007 indique, de manière certes sommaire mais compréhensible, les motifs qui ont guidé l'OAI dans sa décision de non-entrée en matière. En effet, il y est indiqué que le SMR a procédé à l'appréciation des différents documents médicaux produits, soit le courrier du Dr H. du 1er mars 2006, les

deux courriers du Dr L. des 20 avril 2006 et 13 juin 2007 et le rapport du Dr R. du 9 octobre 2006. Le SMR en a déduit qu'une aggravation objective de l'invalidité susceptible de modifier les droits de l'assurée n'avait pas été rendue plausible, les douleurs dorsales étant déjà présentes lors de la prise de décision qui reconnaissait le droit à une demi-rente d'invalidité. Il y a dès lors lieu de considérer que la décision entreprise, complétée par le projet de décision du 29 mars 2007, indique avec suffisamment de précision les motifs retenus et que le Tribunal administratif est en mesure de procéder à son contrôle.

E. 4

a) Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art.87 al.3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 cons.2b, 117 V 198 cons.4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, 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'entrer 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'article 87 al.3 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 108 cons.2b). Dès l'arrêt du 16 octobre 2003 en la cause D. (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'applique pas à la procédure de l'article 87 al.3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'article 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31.12.2002; actuellement, v. art.43 al.3 LPGA) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'article 87 al.3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (v. art.5 al.3 et 9 Cst.féd.; Arrêt du TF du 13.07.2000 [H 290/98]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 al.3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a

pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Vallat , La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p.396 ch. 5.1 et la référence sous note no 27). b) La terminologie que l'administration emploie n'est pas déterminante pour dire si la décision querellée relève d'un refus d'entrer en matière ou si elle formalise un rejet de la demande après une entrée en matière implicite. La distinction entre un examen limité au caractère plausible d'une modification de l'état de santé au sens de l'article 87 al. 3 RAI et un examen des conditions de la révision au sens de l'article 17 LPGA – qui implique que l'OAI est réputé être entré, même implicitement, en matière - porte sur le degré de l'analyse effectuée. Cette distinction n'est pas toujours aisée et ne peut être faite que sur la base des éléments concrets du cas à trancher. Cela étant, si dans sa jurisprudence le Tribunal administratif n'a pas toujours expressément listé les critères permettant de dire si l'on se trouve dans l'une ou l'autre des situations, les indices suivants sont susceptibles de le déterminer. L'examen sommaire de la plausibilité de la modification des circonstances n'est pas encore en soi excédé lorsque l'OAI procède à des mesures d'instruction que l'on peut qualifier de simples ("einfache Abklärungshandlungen", ATFA non publié du 17.02.2005 [I 781/04] cons.3). Lorsqu'il a un doute sur l'état de santé exact de l'assuré, l'OAI peut procéder à quelques investigations sommaires, même en faisant appel à des tiers spécialisés, d'autant plus que sont souvent en cause des notions médicales qui dépassent les connaissances que peuvent en avoir des profanes, et ce sans que par ces mesures d'instruction, l'administration soit déjà réputée être entrée en matière implicitement. Ainsi, il n'est pas a priori exclu de considérer que l'administration s'en est tenue à un examen sous l'angle de la seule plausibilité des allégations de l'assuré lorsqu'elle a recueilli un avis du SMR sur la demande de révision présentée (ATFA non publié du 25.08.2006 [I 41/06] cons.3.2), lorsqu'elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil sans autres investigations (ATFA non publié du 04.05.2004 [I 522/03] cons.3.2) ou encore lorsqu'elle a demandé directement au médecin traitant un rapport médical établi sur un formulaire (ATFA non publié du 17.02.2005 [I 781/04] cons.3). L'élément déterminant ne réside pas tant dans la mise en œuvre ou non par l'administration de mesures d'instruction (simples), ni même dans le fait que l'OAI ait recueilli directement les avis en cause ou ait demandé à l'administré de produire les pièces idoines. Il faut bien plus se référer à l'intensité de l'examen auquel il est procédé, respectivement à la nature des observations retenues sur la base des éléments figurant au dossier ou recueillis dans le cas de l'instruction – limitée – à laquelle l'OAI a procédé. A cet égard, lorsque l'OAI ou le médecin interpellé se borne à constater prima facie l'absence de modification, sans autre argumentation que la mise en évidence des éléments médicaux permettant d'y conclure – notamment par la simple énumération des diagnostics - son examen demeure dans les limites de celui de la seule plausibilité, impliquant la possibilité de rendre une décision de non-entrée en matière. En revanche, lorsque l'OAI met en évidence des contradictions entre différentes pièces médicales du dossier, lorsqu'il écarte toute influence sur la capacité de travail ou de gain d'affections nouvellement apparues ou d'une aggravation reconnue ou encore lorsque le médecin interpellé par l'administration procède aux mêmes constatations, l'examen doit être considéré comme excédant celui qui peut conduire à un refus d'entrer en matière. La décision prise par l'OAI, quand bien même elle notifierait formellement un tel refus d'entrer en matière, devrait alors être examinée

comme une décision matérielle de refus. Finalement, il faut garder à l'esprit que la procédure sommaire prévue par l'article 87 al.3 RAI ne doit pas être vidée de son sens. Le règlement instaure un système dans lequel une demande de révision présentée par l'assuré peut être écartée après un examen sommaire, ce qui ne signifie pas que la moindre analyse ou mesure d'instruction à laquelle aurait procédé l'administration revienne automatiquement à une entrée en matière implicite. En revanche, cette procédure simplifiée ne doit pas non plus être comprise par l'administration comme l'autorisant à écarter d'emblée et hâtivement toutes les demandes de révision présentées par les assurés au motif que la modification des circonstances n'a pas été rendue plausible. S'il n'est pas possible de tracer abstraitement une limite précise entre les deux situations, il convient d'examiner au cas par cas si l'examen – par l'OAI lui-même ou par les spécialistes interpellés dans le cadre des mesures d'instruction admissibles - de la plausibilité reste sommaire ou si, au contraire, il s'étend à des considérations plus fouillées en relation avec la modification des circonstances ou des effets de celle-ci sur la capacité de travail ou de gain. c) Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, et à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71 , cons.3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps), 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). Il convient donc en l'espèce de comparer les faits tels qu'ils se présentaient, d'une part, lors de la décision du 4 novembre 2004, confirmée par décision du 5 septembre 2005 déclarant l'opposition irrecevable, dans laquelle l'OAI était entrée en matière sur une demande de révision du 21 février 2003, pour la rejeter au motif que "les données médicales récentes sont comparables à celles décrites dans les rapports d'expertise établis en 1995 et 1998", si bien qu'il n'était pas possible de retenir une aggravation de l'état de santé et, d'autre part, lors de la décision désignée comme un refus d'entrer en matière du 23 mai 2007, faisant suite à la nouvelle demande de révision déposée le 21 juillet 2006. Ceci implique l'examen des pièces médicales que l'assurée a fait parvenir à l'OAI le 12 octobre 2006, à savoir le courrier du Dr R. à l'OAI du 9 octobre 2006, celui du Dr H. au Dr L. du 1er mars 2006 et ceux du Dr L. au Dr H. des 20 avril, 13 juin et 20 août 2006.

E. 5

a) En l'espèce, la décision querellée consiste bien en un refus d'entrer en matière. L'OAI s'est limité à interpellier le SMR sur le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé allégué. Pour y répondre, le Dr V. s'est borné à constater que les douleurs dorsales avaient fait l'objet d'investigations approfondies et avaient toujours été présentes, leur cause non somatique impliquant que leur traitement ne pouvait relever d'une telle approche. Il a intégré à son analyse le volet psychiatrique déjà évoqué dans le complément d'expertise du Dr O. du 13 février 1998, comme partie intégrante de la fibromyalgie de l'expertisée. Se limitant à comparer les diagnostics retenus aux deux moments déterminants (v. cons.4.a), il a conclu à "l'absence d'élément probant [(i.e. de plausibilité)] pour une aggravation" de l'état de santé de C.. Cette conclusion a été reprise dans son résultat par l'OAI, sans autre appréciation. Dans un tel contexte, la décision de l'OAI relève bien d'un refus d'entrer en matière, l'analyse s'arrêtant à constater l'absence de plausibilité d'une aggravation et ne portant pas – ni dans l'avis médical, ni dans le projet de décision puis la décision de l'OAI –

sur un examen plus approfondi, en particulier les effets d'une modification de l'état de santé sur la capacité de travail ou de gain. Ceci vaut d'autant plus que le laps de temps qui s'est écoulé depuis la dernière procédure de révision ayant abouti à une décision matérielle est court (décision du 4.11.2004, l'opposition à celle-ci étant déclarée irrecevable le 5.09.2005). Partant, il convient d'examiner si c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision. b) Dans son courrier du 9 octobre 2006, le Dr R., nouveau médecin traitant de C., fait état de "douleurs dorsales moyennes irradiant dans le flanc droit exacerbées par rapport à 2005 et ceci malgré un traitement de physiothérapie à Yverdon-les-Bains." L'aggravation serait progressive et l'exacerbation parfois intolérable lors des efforts tels que celui de passer l'aspirateur. Ce praticien souligne que les examens complémentaires effectués n'ont pas mis en évidence une cause nécessitant une intervention chirurgicale, seul un traitement antalgique étant entrepris. L'assurée se plaint de l'inefficacité de ce traitement et on comprend qu'elle a dû renoncer à assumer des tâches ménagères qu'elle effectuait auparavant. Son moral serait "au plus bas". Dans son courrier du 1er mars 2006 au Dr L., le Dr H. a retenu des dorso-lombalgies chroniques à caractère mécanique dans le cadre de troubles dégénératifs, sans toutefois que le bilan IRM n'ait montré de lésion majeure. Il a rappelé que C. avait "déjà bénéficié de toutes sortes de traitements et d'approches de rééducation, de traitements médicamenteux sans bénéfice". Il a ainsi exclu une résolution chirurgicale du problème, suggérant un traitement à visée antalgique. Il a adressé C. au Dr L. du Centre d'antalgie neuchâtelois, lequel a relevé que le type de douleurs costales telles qu'il les a constatées chez la patiente "n'est pas toujours aisé à traiter et nécessite souvent plusieurs infiltrations" (courrier du Dr L. du 20.04.2006, p.2). Ses courriers des 20 avril, 13 juin et 20 août 2006 au Dr H. décrivent les traitements entrepris plus qu'ils ne mettent en évidence des douleurs nouvelles, par rapport aux douleurs chroniques résistantes aux traitements présentes depuis de nombreuses années. Tout au plus ce spécialiste rappelle-t-il que les douleurs dont se plaint l'assurée se sont atténuées de 1994 à 2003, pour devenir permanentes dès cette date. Il n'identifie aucune cause précise aux deux foyers de douleurs identifiés, n'excluant cependant pas que l'une d'elles soit l'expression d'une irritation radiculaire. Il constate aussi une grande propension à l'automédication, notamment par la modification des dosages prescrits. c) On relèvera tout d'abord qu'aucun des trois médecins traitants dont émanent les documents remis avec la demande de révision de 2006 ne se prononce sur la capacité de travail de l'assurée. Il n'est pas constaté que l'état de santé de C. se serait objectivement détérioré sous l'angle rhumatologique par rapport à celui qu'il était en 2004 et 2005. Le courrier du Dr H. est clair à cet égard, dans la mesure où il retient en substance les mêmes diagnostics que ceux posés précédemment (dorsolombalgies chroniques, le Dr Carretti faisant état de lombosciatalgies bilatérales et cervicalgies en 2003), insistant sur le caractère chronique et dégénératif des troubles, sans toutefois noter de péjoration ou encore d'apparition d'une cause chirurgicale. Il ne mentionne plus l'hernie discale L5-S1 diagnostiquée par le Dr D. le 11 juin 2003. L'absence de bénéfice des multiples traitements entrepris n'implique pas une dégradation de l'état de santé de la patiente, mais prouve tout au plus l'absence d'amélioration. Que, dans un tel contexte, "[s]on moral [soit] au plus bas" ne rend pas encore plausible une aggravation médicale de son état de santé, un certain découragement n'équivalant pas - en l'absence d'indications plus précises à cet égard, promises par le mandataire de la recourante dans son courrier du 11 juillet 2007 mais qui n'ont pas été fournies - à une pathologie d'ordre psychiatrique qui se serait ajoutée aux diagnostics précédemment retenus, respectivement qui les aurait aggravés. Le Dr L. fait certes état d'une dépression

déclenchée par le décès de sa belle-fille et entretenue à la fois par l'éthylisme réactionnel de son fils et les conflits familiaux qu'il a générés et par l'état douloureux chronique. Cela étant, ce spécialiste FMH en anesthésiologie n'indique pas de date fixant le début de cet épisode dépressif, si bien qu'il n'est pas démontré de manière plausible qu'il s'agit d'une affection nouvelle par rapport à celle présente en 2004, citée par le Dr D. De plus, il émet un avis qui ne relève pas de sa spécialité et peut donc tout au plus consister dans un rappel relevant de l'anamnèse et non d'un diagnostic. Au demeurant, les courriers du Dr L., outre qu'ils résument les traitements antalgiques qu'il a prodigués à C., font état des variations de l'intensité des douleurs, sans toutefois que leur cause soit identifiée ou qu'il constate avec certitude et indépendamment de l'évolution du traitement une péjoration sensible de l'état de la patiente. Tout au plus indique-t-il que les douleurs thoraciques sont réfractaires aux traitements conventionnels, ce qui ne signifie pas encore leur aggravation. Du reste, le fait que la patiente ait simplement oublié son contrôle du mois de mai 2006 tend plutôt à exclure une aggravation de son état de santé par rapport aux années écoulées. En définitive, on constate donc que les documents médicaux fournis - qui émanent au surplus de médecins traitants de l'assurée, dont l'avis doit de jurisprudence constante être relativisé - ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé de C.. Les diagnostics retenus n'ont pas varié et les causes objectives des douleurs restent indéterminées, l'IRM n'ayant pas montré de lésion majeure. La diminution de la tolérance subjective à la douleur, qui s'inscrit dans le diagnostic de fibromyalgie, ne se trouve ainsi pas corroborée par des constatations objectives. La baisse de moral constatée par le Dr R. n'est pas assimilable à une pathologie psychiatrique qui pourrait équivaloir à une comorbidité psychiatrique de la fibromyalgie. d) L'absence du caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé de C. peut également être retenue par rapport aux constatations faites par le Dr O. dans ses expertises du 14 décembre 1995 et du 13 février 1998. Cet expert avait retenu les diagnostics de fibromyalgie, rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs et état dépressif réactionnel (en 1995), puis de totalgie (soit fibromyalgie), dépression moyenne, rachialgies sur troubles statiques, PSH gauche et obésité (en 1998). Le premier des rapports avait conduit à ce qu'une incapacité de travail de 40 % soit reconnue à C. et le second à l'augmentation de cette incapacité de travail à 50 %, essentiellement du fait que l'état psychique de la patiente s'était détérioré entre 1996 et 1998 (rapport du Dr O. du 13.02.2008, p.10). Les éléments médicaux mis en évidence en 2006 ne font dès lors pas état d'un diagnostic nouveau, ni d'une péjoration de la santé psychiatrique de l'assurée, telle qu'elle avait justifié le passage de 40 à 50 % d'incapacité de travail. L'absence de demande de soins spécialisés en matière psychiatrique et le fait qu'aucune cause objective n'ait permis, au Dr H. comme au Dr L., d'expliquer les douleurs ressenties sont des indices suffisants pour retenir la stabilité de l'état de santé de C. ou à tout le moins pour considérer que la recourante n'a pas rendu plausible une telle aggravation. Partant, c'est à bon droit que l'OAI a rendu une décision de non-entrée en matière. Le recours doit donc être rejeté.

E. 6

Le recours est mal fondé. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art.48 al.1 LPJA a contrario). Elle supportera les frais (art.47 al.1 LPJA).