RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1380/2003 **ATAS/52/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 20 janvier 2005

En la cause

Madame S_____, mais comparant par Me Pierre GABUS, avocat, en l'Etude duquel elle élit domicile — recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève — intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,

Mesdames Juliana BALDE et Maya CRAMER, juges.

EN FAIT

1. Madame S_____, née en 1957, d'origine portugaise, mariée et mère de trois enfants nés en 1981, 1984 et 1986, souffre de douleurs abdominales depuis 1994, date de son arrivée en Suisse.

2. Le 11 septembre 1995, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en alléguant des problèmes lombaires et digestifs (pièce 1, fourre 2, dossier AI).

3. Dans son rapport médical du 10 janvier 1996 à l'OCAI, le Dr A_____, médecin-traitant, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué une hernie hiatale avec suspicion de gastrite, une colopathie fonctionnelle, une scoliose dorsale basse et des céphalées. Il a indiqué que la patiente faisait preuve d'une « forte demande médicale » et que sa consommation était supérieure à la moyenne. Il s'est dit dans l'impossibilité de donner des indications sûres quant à la capacité de travail car le cas, difficile à traiter, relevait également de la psychiatrie (cf. pièce 8, fourre 3, dossier AI).

4. L'assurée a fait appel à plusieurs reprises à SOS MEDECINS pour des céphalées diffuses, probablement de tension (rapports des 27 décembre 1995 et 9 janvier 1996). Les autres examens effectués, notamment par les gastro-entérologues, ont conclu à une discrète gastrite chronique, ainsi qu'à un dolichocôlon (rapports du 24 août 1995 du Dr B_____, spécialiste en radiologie, du 21 août 1995 de la Dresse C. RIBEAUX, spécialiste en pathologie, et du 12 septembre 1995 du Dr B.-A. N_____, spécialiste en médecine interne et gastro-entérologie ; cf. pièces 2 à 5, fourre 3, dossier AI).

5. Les Dr C_____, D_____ et E_____, de la section de chirurgie digestive des HUG, ont attesté le 5 mars 1996 que la patiente avait séjourné à l'hôpital du 27 au 29 février 1996. Ils ont diagnostiqué une gastrite atrophique, une gastrite antrale erythémateuse et bulbite érosive, et une infection à héliocobacter, pouvant expliquer les douleurs abdominales.

6. En date du 21 octobre 1996, l'OCAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. Il en ressort que la recourante, à son arrivée en Suisse, a cherché à faire quelques heures de ménage et effectué des remplacements, trois heures par semaine, pendant six mois environ. Elle a affirmé qu'en bonne santé, elle serait restée à la maison afin de s'occuper de sa famille. L'enquête économique a conclu à une incapacité de 50% dans l'accomplissement des travaux habituels. Cependant, l'enquêteuse a relevé qu'il était très difficile d'évaluer avec précision les empêchements rencontrés par l'assurée dans ses activités ménagères et qu'il était probable qu'elle était capable de faire davantage de choses qu'elle ne le prétendait.

L'inconfort dans lequel elle se trouvait semblait la bloquer et l'empêcher de « fonctionner normalement » (cf. pièce 1, fourre 5, dossier AI).

7. le 19 novembre 1996, les Dr F_____ et G_____, de la division de gastro-entérologie et d'hépatologie des HUG, ont fait état de douleurs abdominales diffuses, accompagnées de constipation, dorsalgies, céphalées, nausées et vomissements, faisant penser à un trouble fonctionnel de type côlon spastique.

8. Le 22 novembre 1996, le Dr H_____, de la division de pathologie clinique des HUG, a conclu à une pseudo-mélanose colique de degré léger.

9. Dans un rapport du 25 novembre 1996, les Drs I_____ et J_____, du département de médecine interne des HUG, ont diagnostiqué un côlon irritable, une dyssynergie abdo-pelvienne, des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et une fibromyalgie. Ils ont relevé que, malgré un traitement d'éradication d'une gastrite à hélicobacter pylori récidivants et un bilan normal en mars 1996, les symptômes persistaient et devenaient invalidants.

10. Une expertise psychiatrique a été confiée par l'OCAI à la Dresse K_____, qui, dans son rapport du 11 mars 1997, a posé les diagnostics de personnalité borderline avec des défenses de type hystérique, troubles de l'adaptation chroniques avec humeur dépressive et somatisations anxieuses. Selon l'expert, la patiente cherche à être écoutée, comprise et surtout à inspirer de la compassion. Elle revendique aide et soutien, si ce n'est même clairement de l'assistance. Ses facultés intellectuelles ne sont pas du tout atteintes, ni altérées, ni déficientes, et elle détient un talent certain d'actrice et manipulatrice. Elle « somatise » ses anxiétés et coups de déprime. Le trouble de l'adaptation est secondaire à son départ du Portugal, qui a d'abord occasionné momentanément l'abandon de ses enfants, et durablement, l'éloignement de sa famille et de ses origines. Elle semble ne pas s'être adaptée au stress de l'émigration. S'agissant de la capacité à exercer les travaux habituels, la Dresse K_____ a relevé que l'assurée se faisait assister par son mari et sa fille aînée pour quasiment l'ensemble de ses tâches ménagères, ce qui ne l'empêchait pas de demander, au surplus, à bénéficier d'une aide familiale. Selon le médecin, l'intéressée a cependant la capacité et les ressources personnelles nécessaires, ainsi que le démontre le fait qu'elle ait su affronter la situation lorsqu'elle était seule au Portugal avec ses trois enfants, dans une situation bien plus difficile puisque ceux-ci étaient alors plus jeunes et qu'elle devait les assumer seule, sans l'aide de son mari et avec un confort bien moindre. L'experte a préconisé un traitement psychothérapique associé à un traitement antidépresseur, voire anxiolytique, pour soigner le trouble de l'adaptation chronique. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, il a été noté que l'assurée n'avait aucune envie de reprendre une activité lucrative, de sorte qu'ordonner reclassement professionnel ne serait pas judicieux (cf. pièce 16, fourre 3, dossier AI).

11. Par décision du 27 mai 1997, l'OCAI a refusé toute prestation. Il a estimé que selon les renseignements médicaux obtenus, l'assurée avait la capacité et les ressources d'assumer les travaux habituels d'une mère au foyer, puisqu'elle ne présentait ni troubles psychiatriques invalidants, ni troubles graves de la personnalité ou atteintes physiques notables (pièce 2, fourre 1, dossier AI).

12. L'assurée a interjeté recours contre cette décision le 4 juin 1997. Elle a demandé à être examinée par un autre expert et produit à l'appui de sa demande un certificat médical du Dr L_____, attestant de l'existence d'un syndrome douloureux important.

13. Dans un rapport du 29 décembre 1997, le Dr M_____, spécialiste en endocrinologie et médecine interne, a diagnostiqué une hypothyroïdie.

14. Dans un rapport du 16 janvier 1998 au Dr A_____, le Dr N_____ a conclu, après avoir procédé à une colonoscopie, à une tendance au mégacôlon spastique. Selon lui, cette pathologie et de probables fécalomes expliquent les douleurs, lesquelles devraient s'atténuer en rassurant la patiente et en lui prescrivant une médication.

15. Le 4 février 1998, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI, en alléguant souffrir de nouvelles atteintes à la santé depuis 1997, sans autres précisions.

16. Dans un rapport du 8 avril 1998, les Drs O_____ et P_____, de la clinique genevoise de Montana, ont diagnostiqué principalement une fibromyalgie et relevé, au titre des comorbidités, un état dépressif majeur récurrent avec un épisode modéré, une hypothyroïdie substituée, une hernie hiatale, une constipation opiniâtre et une surcharge pondérale. La présence de 12 points douloureux de fibromyalgie a été constatée. Il a été rappelé que la patiente souffrait depuis trois ans de douleurs multiples de type fibromyalgiques, ainsi que d'un état dépressif.

17. Dans un rapport du 17 avril 1998, la Dresse L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué des troubles somatoformes douloureux et une dysthénie.

18. Le Dr A_____ a confirmé les diagnostics de fibromyalgie, hypothyroïdie, boue vésiculaire et asthénie physique. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% à partir du 15 août 1995 et relevé que l'état de santé ne s'améliorait pas (cf. son rapport du 29 juin 1998).

19. Par jugement du 17 mars 1999, la Commission de recours en matière d'assurance-invalidité a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision de l'OCAI du 27 mai 1997. Elle a constaté que les atteintes physiques étaient peu importantes, que les atteintes psychologiques consistaient essentiellement en un trouble de

l'adaptation, en une personnalité borderline et en troubles psychiatriques non invalidants et n'entraînant pas d'empêchement majeur dans la conduite du ménage.

20. Le recours formé par l'assurée devant le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a été rejeté le 3 août 1999. Le TFA a relevé que, selon l'enquête économique sur le ménage, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels était de 50%, que les médecins consultés n'avaient pu mettre en évidence des atteintes physiques notables de nature à limiter les activités habituelles, que la Dresse K_____ avait conclu que l'assurée avait la capacité et les ressources personnelles pour exécuter ses tâches quotidiennes et qu'il fallait dès lors admettre que la recourante pouvait accomplir ses tâches ménagères dans une mesure excluant tout droit à une rente d'invalidité.

21. L'OCAI a demandé à l'assurée par courrier du 9 novembre 2000, de lui faire parvenir les documents médicaux susceptibles de démontrer une aggravation de son état de santé.

22. Dans un certificat du 24 février 2002, le Dr Q_____, médecin-traitant, a attesté que l'état de santé de sa patiente avait empiré, malgré une prise en charge importante : selon lui, elle était dans l'incapacité de travailler et une réévaluation médico-sociale, y compris au niveau de l'assurance-invalidité, était nécessaire (pièce 2 recourante).

23. Dans un rapport du 15 mai 2002 adressé au Dr Q_____, les Dr R_____, S_____, et T_____, du centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG, ont diagnostiqué une colopathie fonctionnelle, un probable syndrome fibromyalgique, une hernie hiatale avec pyrosis et un status post état dépressif majeur.

    Concernant l'anamnèse, les médecins ont établi que depuis 1994, date de son arrivée en Suisse, la patiente avait ressenti des douleurs abdominales, rappelant des brûlures et des coliques, d'abord intercurrentes, prédominant au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit et qui ont évolué sur un mode chronique pour devenir progressivement constantes, aggravées par les repas et l'activité physique, mais améliorées par la défécation et le repos. Cette symptomatologie polymorphe était associée à une sensation invalidante d'envahissement de tout l'hémicorps droit par des brûlures et piqûres diffuses, ainsi qu'à une impression de « boule intérieure » présente en permanence et perturbant le sommeil. Ces douleurs survenaient par accès à raison de 2 à 3 fois par jour avec une intensité moyenne de 3-4/10 sur l'EVA, mais avec des pics paroxystiques pouvant atteindre 10/10 sous forme de brûlures-piqûres très intenses.

    Ces symptômes d'ordre essentiellement digestif ont été décrits comme préoccupant particulièrement la patiente qui craignait une cause tumorale, sa sœur et sa grand-mère ayant été touchées par une maladie oncologique.

Pour ce qui était de l'anamnèse psychosociale, il a été observé que son mari ne travaillait plus depuis 5 ans en raison de douleurs aux genoux et de syncopes intercurrentes inexpliquées. Une demande d'AI était en cours depuis 1995 et le couple était au bénéfice de l'assistance sociale.

Les médecins ont indiqué que, compte tenu des antécédents et de l'anamnèse familiale, il était fort probable qu'une composante fonctionnelle avec une cancérophobie dans un contexte psychosocial particulièrement difficile joue un rôle déterminant dans la présentation symptomatologique. Selon eux, cette composante hypocondriaque marquée engendrerait vraisemblablement par la suite des examens complémentaires et la multiplication des consultations. Seule une relation thérapeutique régulière et solide pourrait atténuer la cancérophobie et améliorer à long terme la symptomatologie douloureuse chronique installée depuis de nombreuses années.

24. Dans un rapport du 30 juin 2002, le Dr Q_____ a diagnostiqué comme ayant des répercussions sur la capacité de travail et existant depuis 1995 un syndrome douloureux abdominal majoré, dont une colopathie fonctionnelle, avec irradiation somatoforme au niveau du dos et sensation de malaise récurrent. Le médecin a conclu à une probable fibromyalgie et surtout, à un syndrome douloureux abdominal rendant toute activité professionnelle impossible. L'état de santé a été décrit comme s'aggravant. Ont été relevées comme affections sans répercussions sur la capacité de travail : une hernie hiatale avec pyrosis (existant depuis 1995), un état dépressif récurrent (depuis 1995), des infections urinaires à répétition (depuis l'année 2000), un kyste ovarien (depuis l'année 2002) et une hypothyroïdie substituée (diagnostiquée en 1996 ; pièce 3 recourante).

25. L'Office cantonal du canton de Berne (qui a instruit le dossier) a communiqué à l'assurée un projet de décision daté du 20 novembre 2002 rejetant sa demande du 4 février 1998 au motif qu'il n'y avait pas eu modification de l'état de santé depuis la décision du 27 mai 1997 (pièce 4 recourante).

26. Par courrier du 13 janvier 2003, la recourante s'est opposée à ce projet. Elle a fait valoir que le Dr Q_____ avait fait état d'une aggravation de son état de santé, que cet avis avait été confirmé par un courrier circonstancié des HUG du 15 mai 2002 et que toute activité professionnelle de sa part était impossible (pièce 5 recourante).

27. L'Office a maintenu sa position (cf. courrier du 23 janvier 2003 ; pièce 6 recourante) et, par décision du 4 février 2003, l'OCAI de Genève a refusé toute prestation à l'assurée (pièce 7 recourante).

28. Cette dernière a formé opposition le 5 mars 2003. Elle a fait valoir une aggravation de son état de santé et invoqué les rapports du Dr Q_____ des 24 février 2002

et 30 juin 2002, et des HUG du 15 mai 2002. Elle a demandé qu'il soit procédé à une nouvelle enquête ménagère (pièce 8 recourante).

29. Par décision sur opposition du 3 juin 2003, l'OCAI a confirmé sa décision du 4 février 2003. Il a estimé que les certificats médicaux du Dr Q_____ ne donnaient aucun élément médical permettant de conclure à une péjoration de l'état de santé de l'assurée et qu'une nouvelle enquête ménagère était inutile.

30. Dans son recours du 2 juillet 2003, la recourante a conclu à l'annulation de la décision querellée, à une nouvelle enquête ménagère et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a allégué que l'affection dont elle souffrait rendait impossible toute activité professionnelle. Elle a par ailleurs relevé que l'enquête économique sur le ménage versée au dossier n'indiquait pas le degré l'invalidité et que plusieurs rubriques étaient remplies par un point d'interrogation, ce qui la rendrait inutilisable. Qui plus est, il n'avait pas été procédé à une comparaison des gains.

31. L'OCAI a pris position le 8 août 2003 en concluant au rejet du recours. Il s'est référé à sa décision sur opposition du 3 juin 2003 et a relevé que tous les maux décrits par le Dr Q_____ existaient déjà auparavant avec la même intensité.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117

V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Dans le cas d'espèce, les faits déterminants ayant conduit à la décision du 4 février 2003 remontent jusqu'aux mois précédant la demande de révision du 7 octobre 2000. Sur le plan matériel, le cas d'espèce reste donc régi par la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Toutefois, en ce qui concerne la procédure, le cas d'espèce est régi par les nouvelles règles contenues dans la LPGA et par les dispositions contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

3. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, dans sa nouvelle teneur selon le chiffre 8 de l'annexe à la LF du 6 octobre 2000 (RS 830.1).

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

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision de refus de rente du 27 mai 1997.

5. L'art. 4 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   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 (art. 28, al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre le droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

   Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi ; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences

économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss. ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

6. En vertu de l'art. 41 LAI (dès le 1er janvier 2003 art. 17 al. 1 LPGA), les rentes en cours doivent être, pour l'avenir, augmentées, réduites ou supprimées si le degré d'invalidité se modifie de manière à influencer le droit à ces prestations. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence). La révision a lieu d'office ou sur demande (art 87 al. 1er du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

   Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus

utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

8. En l'espèce, la recourante fait valoir que son état de santé s'est aggravé depuis la décision de refus de rente du 27 mai 1997.

   L'OCAI soutient le contraire, se fondant essentiellement, pour les aspects psychiques, sur l'expertise de la Dresse K_____ du 11 mars 1997 qui avait posé le diagnostic de personnalité borderline avec des défenses de type hystérique et des troubles de l'adaptation chroniques avec humeur dépressive et somatisations anxieuses. Selon l'expertise, la recourante somatisait ses anxiétés et coups de déprime, elle avait les ressources personnelles pour tenir son ménage et pouvait se soigner en suivant un traitement psychothérapeutique avec prise d'antidépresseur.

   Sur le plan des troubles physiques, les médecins consultés avaient dans l'ensemble diagnostiqué des douleurs abdominales diffuses, une colopathie fonctionnelle, des dorsalgies, céphalées, nausées et vomissements, ainsi que des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et une fibromyalgie.

   Les rapports médicaux postérieurs à la demande de révision du 27 octobre 2000 sont ceux du Dr Q_____ des 24 février et 30 juin 2002 et celui des médecins du centre multidisciplinaire de la douleur des HUG du 15 mai 2002. Concernant les affections physiques, il apparaît que la recourante présente un syndrome douloureux abdominal majoré, dont une colopathie fonctionnelle, avec irradiation somatoforme au niveau du dos et sensation de malaise récurrent.

   Force est de constater que ces affections ont déjà été décrites par les médecins consultés avant la demande de révision du 27 octobre 2000 et qu'ils ne constituent pas une aggravation de l'état de santé malgré l'affirmation du médecin-traitant, le Dr Q_____.

   S'agissant de l'état psychique de la recourante, les médecins du HUG ont relevé qu'elle était angoissée en raison d'un contexte psychosocial particulièrement difficile et d'une composante hypocondriaque de sa personnalité. Force est toutefois de constater que ce diagnostic n'a pas de caractère invalidant au sens de la LAI.

   Concernant le diagnostic de fibromyalgie, il a été établi dans divers rapports postérieurs à la décision de refus d'octroi de prestations du 27 mai 1997 (rapport du

8 avril 1998 des Drs O_____ et I. U_____, rapport des HUG du 15 mai 2002, rapport du Dr Q_____ du 30 juin 2002). Même si le diagnostic n'a pas été posé en ces termes par la Dresse K_____ dans son expertise du 11 mars 1997, il a été largement pris en compte par cette dernière lorsqu'elle a relevé que la recourante « somatisait ses anxiétés et coups de déprime ». En conséquence, il ne s'agit pas d'un trouble de la santé valant aggravation de son état de santé au sens de l'art. 41 LAI. C'est le lieu de rappeler qu'il ne suffit pas qu'une situation, demeurée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée de manière différente (RCC 1987 consid. 1a p. 38). Ainsi, une appréciation médicale différente de l'effort que l'on peut exiger d'un assuré en ce qui concerne le travail qu'il est capable d'effectuer représente un élément de jugement de son cas et ne prouve pas un changement dans les circonstances réelles (RCC 1985 p. 335 consid. 2c).

Au demeurant, une nouvelle enquête ménagère se révèle inutile, dans la mesure où l'enquêtrice avait déjà relevé qu'il était difficile d'établir précisément, compte tenu de l'atteinte de l'assurée, quelles étaient les activités que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. A cet égard, les rapports médicaux sont plus probants. Or, il vient d'être constaté que ceux-ci ne fondaient pas de réelle aggravation.

Au vu de ce qui précède, le recours est donc rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. Dit que la procédure est gratuite ;

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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