RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1767/2003 **ATAS/869/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 12 octobre 2005

En la cause

Madame K_____, domiciliée à GENEVE, comparant par Maître Marco ZIEGLER, en l'étude duquel elle élit domicile — recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 — intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente ; Isabelle DUBOIS et Valérie MONTANI, juges.

EN FAIT

1. Madame K_____, originaire du LAOS et Suissesse par mariage depuis 1984, est née en 1957. Elle a travaillé à 50% à la chaîne dans l'usine X_____ de 1988 à 1996, année dans laquelle son contrat de travail fût résilié en raison de la fermeture de l'entreprise. Depuis son licenciement, elle était au chômage. Parallèlement à son activité à l'usine, elle a travaillé depuis février 1993 à 50% chez Y_____ en tant qu'ouvrière à domicile pour la fabrication d'articles de maroquinerie. Elle a conservé cet emploi, après son licenciement par X_____.

2. Depuis le 10 juillet 1997, elle est en traitement médical pour une épicondylite et une épitrochléite du bras droit chroniques.

3. Du 13 janvier 1999 au 12 janvier 2000, l'assurée a été mise par l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après : OCE) au bénéfice d'un contrat d'emploi temporaire en tant qu'employée de maison hospitalière a raison de 6,55 heures par jour avec un horaire irrégulier.

4. Par demande du 15 mars 1999, reçue le 16 mars 1999, l'intéressée a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité.

5. Selon le rapport médical du 5 mai 1999 du Docteur B_____ de la Clinique de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assurée ne devrait pas utiliser en force ou de façon répétitive le membre supérieur droit. Il est toutefois impossible de fournir des indications sûres concernant sa capacité de travail dans son activité actuelle d'ouvrière sur machine.

6. Le bilan d'ergothérapie préprofessionnelle du 16 juillet 1999 effectué par cette clinique a mis en évidence chez l'assurée une excellente dextérité et une bonne coordination bimanuelle. Selon l'appréciation des ergothérapeutes, elle peut avoir une activité normale. Quant à l'assurée, elle a déclaré aux ergothérapeutes qu'elle arrivait auparavant à faire 500 pièces par jour, dans son activité à domicile, mais qu'elle n'était capable de fabriquer que 150 pièces aujourd'hui et que sa famille devait l'aider. De surcroît, au lieu de mettre deux heures par jour pour faire ces pièces, il lui en fallait aujourd'hui 16 heures, dès lors qu'elle était beaucoup plus lente.

7. Dans leur rapport du 1er septembre 1999, les Docteurs C_____ et B_____ de ladite clinique ont indiqué que la patiente présentait depuis environ six ans des brachialgies permanentes droites augmentées par les efforts physiques du bras et le port des charges. Elle décrivait aussi des paresthésies mal systématisées au niveau de l'avant-bras, de la main et des doigts à droite. Au niveau du membre supérieur, aucune asymétrie ni amyotrophie musculaire n'ont été

constatées. La mobilisation des épaules et des cervicales était normale et la percussion des cervicales indolore. La mobilisation du coude était également indolore avec une amplitude physiologique comparable au côté contro-latéral. Toutefois, la palpation de l'épicondyle et du ligament annulaire du coude était très légèrement douloureuse à droite. Il en allait de même de la mise en tension des muscles radiaux et extenseurs du pouce à droite. Il n'y avait pas de troubles de la sensibilité ni déficit moteur au niveau du bras et de la main droite. Quant au traitement, il a consisté en une prise en charge en physiothérapie associée à des infiltrations locales et à des traitements antalgiques et anti-inflammatoires. Durant toute cette période, la patiente avait pu maintenir son activité d'ouvrière à domicile. Les médecins ont constaté que, malgré les plaintes algiques de l'avant-bras droit, il n'existait aucune diminution du rythme dans la prise d'éléments et pas de signes objectifs de fatigue lors de l'activité durant 1 h 30 et, selon eux, la capacité de travail était totale dès le 14 janvier 1999 et actuellement sans restrictions.

8. Le 25 janvier 2000, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a notifié à l'assurée un projet d'octroi d'une demi-rente pendant une durée limitée, soit du 1er juillet 1998 au 30 avril 1999.

9. En date du 4 février 2000, l'assurée a été entendue par l'OCAI, à la suite de son opposition à ce projet de décision. Elle a alors indiqué avoir dû quitter son emploi à l'entreprise X_____ à la suite de la faillite de celle-ci, et que si cette entreprise n'avait pas fermé ses portes, elle y aurait encore aujourd'hui conservé son emploi. Elle a par ailleurs indiqué qu'elle travaillait toujours pour Y_____ sur mandat à la pièce, mais qu'elle ne pouvait plus avoir un rendement identique à celui qu'elle avait avant l'atteinte (au lieu de 500 pièces elle n'en faisait que 200). Finalement, il est indiqué dans le procès-verbal d'audition qu'elle était d'accord avec les constatations de l'OCAI et a demandé que ses données soient transmises à la Caisse de compensation, après que son nouveau médecin-traitant, le Docteur D_____, avait téléphoné à l'OCAI.

10. Le 7 février 2000, le Docteur E_____ a communiqué au Docteur D_____ que sa patiente présentait un phénomène de Raynaud typique touchant les deux mains, sans qu'une affection vasculaire sous-jacente ou une collagénose, en particulier une sclérodermie, n'eût été constatée.

11. Lors de l'entretien téléphonique de l'OCAI avec le Docteur D_____ en date du 9 février 2000, ce dernier a confirmé que sa patiente se plaignait toujours de douleurs dans son bras, mais qu'il n'avait constaté aucun signe clinique objectivable permettant d'expliquer ces douleurs. Aussi s'était-il opposé à lui délivrer un certificat d'arrêt de travail. Il a également indiqué qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux. Selon la note de l'OCAI, le Docteur D_____ était le nouveau médecin traitant de l'assurée.

12. Avant même d'avoir reçu la décision définitive concernant sa demande de prestations d'invalidité, l'assurée a formé une seconde demande le 14 mars 2000 tendant également à l'obtention d'une rente.

13. Par décision du 16 août 2000, l'OCAI a octroyé à l'assurée une demi-rente de 623 fr. du 1er juillet au 31 décembre 1998 et de 629 fr. du 1er janvier au 30 avril 1999. Aucun recours n'a été interjeté contre cette décision.

14. Le 5 mars 2001, une scintigraphie osseuse a été effectuée en raison d'une épicondylite externe droite invalidante en plâtre depuis un mois et la suspicion d'une algoneurodystrophie de l'avant-bras droit. Le Docteur F_____ a constaté une discrète hyperperfusion et hypercaptation du coude droit, une hypercaptation à la hauteur des os du carpe à droite, pouvant évoquer le diagnostic d'une algoneurodystrophie subaiguë.

15. Le 15 mars 2001, le Docteur D_____ a attesté une épicondylite externe droite invalidante résistant à un grand nombre de traitements. Il a par ailleurs précisé « Vu cette affection et sa durée, son caractère invalidant indéniable avec ses conséquences non seulement sur sa vie professionnelle mais également sur sa vie privée, une reconsidération de son invalidité me semble indispensable». Il a également certifié une incapacité totale de travailler dès le 26 février 2001.

16. Le 25 juin 2001, le Docteur D_____ a communiqué à l'OCAI qu'il suivait la patiente depuis 1990, d'abord pour une dysthymie dépressive réactionnelle à son divorce et des lombo-dorsalgies avec myogélose provoquant les premières interruptions de travail d'une à deux semaines dans les années 1990-1992. Il existait également des malaises sur hypotension artérielle ainsi qu'une thalassémie. Depuis 1994, il avait constaté des signes de polyinsertionite et un trouble du sommeil. Une épicondylite droite externe avait été objectivée par IRM en avril 1999. Alors même que sa patiente était invalide, elle avait essayé, avec l'aide de sa famille, de fournir à son employeur des articles de cuir fabriqués à domicile à la pièce. Pendant cette période, elle avait eu des arrêts de travail partiels de temps à autre. Fin 2000, les douleurs avaient augmenté et plusieurs traitements avaient échoué. Depuis lors, le tableau clinique était celui d'une fibromyalgie. Selon les constatations objectives, l'assurée présentait une polyinsertionite nette trouvée à tous les points typiques de la fibromyalgie et des traits dysthymiques.

17. Par son rapport du 6 septembre 2002, la Doctoresse G_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie , qui avait traité la patiente entre le 30 mai et le 24 novembre 1995, mais qui ne l'avait plus revue avant l'examen pour remplir le questionnaire de l'OCAI en date du 2 septembre 2002, a confirmé le diagnostic de fibromyalgie et a indiqué que l'état de santé allait en s'aggravant. Selon ses constatations objectives, il y avait une accentuation des cambrures sagittales du rachis, une mobilité cervicale légèrement diminuée en extension et dans les

rotations. A cette exception près, la mobilité de toutes les articulations des membres ainsi que du rachis était toutefois normale. La patiente présentait une douleur diffuse de tout le rachis ainsi que de très nombreux points d'insertions. Les examens biologiques disponibles qui dataient de septembre 2001 étaient normaux, à part une légère accentuation de la vitesse de sédimentation qui était connue et stable depuis plusieurs années. Son pronostic était défavorable en raison de l'arrêt de travail depuis 18 mois et de la conviction de la patiente qu'elle ne pouvait plus aller mieux. Dans ses remarques, cette praticienne a ajouté qu'elle essayait personnellement de maintenir dans ce genre de situation une capacité de travail de 50% et qu'elle préconisait une évaluation de la capacité de travail résiduelle au Centre de réinsertion professionnelle. Dans l'annexe à son rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, la Doctoresse G_____ a indiqué que la diminution du rendement était de 50% au moins et qu'il fallait évaluer si l'activité exercée jusqu'à présent était exigible et quelle autre activité pourrait éventuellement être exigée.

18. Selon le rapport du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG du 8 janvier 2003, l'assurée présente une douleur chronique du coude droit sur épicondylite chronique interne et externe et bursite rétro-olécrânienne, une probable fibromyalgie, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, et un syndrome de Raynaud. La patiente souffre de douleurs mixtes, neurogènes et ostéo-articulaires du coude et du genou qui évoluent sur un mode chronique, « sans doute modulé par un syndrome fibromyalgie qui s'est installé ». Le contexte assécurologique et psychosocial actuel rend la prise en charge thérapeutique plus complexe et contribue à diminuer le seuil de tolérance à la douleur. La douleur typique de l'épicondylite du coude droit semble être en cours de généralisation et confondue et noyée dans la symptomatologie douloureuse d'une fibromyalgie. Les médecins de ce centre conseillent à la patiente de s'inscrire au programme AquaFM spécialement conçu pour les patients souffrant de fibromyalgie, programme qui comprend de la physiothérapie en piscine, des séances de relaxation et des tables rondes, afin de partager le vécu de la douleur et les implications dans la vie quotidienne. Concernant la symptomatologie de l'épicondylite droite, ils préconisent une immobilisation locale et le traitement par un ergothérapeute, afin de bénéficier de conseils de mobilisation du poignet, ainsi que de certaines adaptations. Ils proposent également un traitement médicamenteux avec infiltration locale et des anti-dépresseurs tricycliques.

19. A la demande de l'OCAI, l'assurée fut soumise à une expertise psychiatrique par le Docteur H_____. Selon le rapport du 29 mars 2003 de ce médecin, l'assurée ne souffre d'aucun trouble psychique ayant un retentissement substantiel sur la capacité de travail. Quant aux limitations au plan physique, il préconise le maintien d'une capacité de travail à 50%, en suivant l'avis de la Doctoresse G_____. En ce qui concerne les mesures de réadaptation professionnelle, son pronostic est

sombre, en raison des lacunes scolaires basiques de l'assurée qui ne sait ni lire ni écrire et de la pauvreté de son langage due au manque de maîtrise de la langue française parlée.

20. Par décision du 26 mai 2003, l'OCAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente au motif qu'elle ne présentait pas une atteinte à la santé physique ou psychique invalidante au sens de la loi.

21. Le 9 juin 2003, l'intéressée a formé opposition à cette décision en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Elle a fait valoir qu'elle était toujours dans l'incapacité totale de travailler et qu'elle ne pouvait envisager la reprise d'une activité professionnelle. Financièrement, elle bénéficiait de l'aide sociale.

22. Par décision sur opposition du 12 août 2003, l'OCAI a confirmé sa décision précédente, en se fondant notamment sur l'expertise du Docteur H_____.

23. Par acte du 17 septembre 2003, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour complément d'instruction. A l'appui de son recours, elle a fait observer que le dossier médical a établi l'existence d'une atteinte somatique entraînant une incapacité de travail au sens de la loi, dès lors qu'une épicondylite chronique était attestée par tous les rapports médicaux disponibles, laquelle limite fortement sa capacité de travail dans l'activité professionnelle qui était la sienne. Cela était reconnu par la précédente décision de l'OCAI du 16 août 2000. Elle a évalué son taux d'incapacité due à cette atteinte à 50%, mais a admis qu'une instruction complémentaire serait nécessaire sur ce point.

24. Dans ses observations du 20 octobre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a fait essentiellement valoir que la fibromyalgie était aujourd'hui la seule atteinte pouvant être retenue, dans la mesure où les médecins des HUG retenaient, dans leur rapport du 8 janvier 2003, que la douleur typique de l'épicondylite du coude droit était confondue et noyée dans la symptomatologie douloureuse d'une fibromyalgie. Or, aucun caractère invalidant ne pouvait être reconnu à cette maladie, dans la mesure où il n'existait aucune limitation au plan physique et mental de la capacité de travail, condition indispensable selon la jurisprudence en la matière.

25. Dans sa réplique du 26 février 2004, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a contesté que la fibromyalgie fût la seule atteinte pouvant être retenue, dès lors qu'elle continuait de souffrir d'une épicondylite chronique parallèlement à cette première maladie.

26. Lors de sa comparution personnelle en date du 18 août 2004, la recourante, avec l'aide d'une interprète à sa demande, a expliqué ne pas avoir suivi le programme AquaFM à la Clinique Beau-Séjour qui lui avait été recommandé par le Centre

multidisciplinaire d'évaluation de traitements de la douleur de l'Hôpital, dès lors qu'elle n'y avait pas été admise pour des raisons qu'elle ignorait. Dans l'emploi temporaire en tant qu'employée de maison hospitalière à la Résidence Z_____, elle n'avait travaillé que pendant trois jours. Le travail a consisté dans des nettoyages et lui avait provoqué des douleurs trop importantes dans le bras droit. Elle avait continué à travailler pour Y_____ SA jusqu'en février 2001 et avait ensuite bénéficié des indemnités journalières perte de gain en cas de maladie de l'entreprise, selon ses souvenirs, jusqu'en février 2002. Elle n'avait pas formellement résilié le contrat et ne se rappelait pas non plus d'avoir reçu son congé. Par ailleurs, elle n'avait jamais été aidée par les membres de sa famille pour son travail à domicile. La douleur dans le coude droit était toujours la même. Toutefois, dès qu'elle faisait un effort avec le bras droit, la douleur se répandait dans d'autres parties de son corps, notamment les épaules, les cervicales, les dents et le visage. Elle a fait également état de maltraitances subies dans son enfance par ses parents, ainsi que ses frères et sœurs. Enfin, elle a produit dans la procédure copie de la lettre du 5 avril 2004 du Docteur I_____ au Docteur D_____, copie de l'attestation médicale de ce dernier médecin du 6 avril 2004 et de l'attestation du 9 août 2004 du Docteur L_____, psychiatre. L'expert psychiatre mandaté par l'OCAI n'ayant pas eu connaissances de ces nouveaux éléments et l'expertise psychiatrique n'ayant pas été effectuée avec l'aide d'un interprète, la recourante a enfin sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ou multidisciplinaire.

27. Il ressort de la lettre précitée du Docteur I_____ que celui-ci a diagnostiqué une fibromyalgie, sans se prononcer sur le degré de capacité de travail. Il s'est par ailleurs étonné que l'expertise psychiatrique n'eût pas été faite avec l'aide d'un traducteur.

28. Quant au Docteur L_____, il a certifié que la recourante souffrait depuis plusieurs années d'un trouble de l'humeur qui semblait s'aggraver progressivement. Témoignant de la sévérité de cette affection, s'étaient installés graduellement un ralentissement psychomoteur, un manque de réactivité émotionnelle, une anhédonie, une diminution de la libido et une perturbation du sommeil aboutissant à des idées suicidaires. Sa patiente attribuait ses souffrances psychiques aux douleurs chroniques dont elle pâtissait et à la persistance de celles-ci, malgré une prise en charge médicale. Ses douleurs l'empêchaient d'exercer une activité lucrative lui permettant de gagner une minimum vital. Le Docteur L_____ a estimé que sa patiente était sincère et a proposé le diagnostic d'épisodes dépressifs avec syndrome somatique (rubrique F32.21 de la classification internationale des troubles mentaux).

29. Dans son attestation médicale du 6 avril 2004, le Docteur D_____ a attesté que sa patiente avait été une enfant battue, marquée par la violence en famille,

notamment celle du père contre sa mère, le tout aggravé par un contexte d'alcoolisme du père.

30. A la demande du Tribunal de céans, Y_____ SA lui a communiqué le 2 septembre 2004 que le contrat de travail de la recourante avait pris fin le 25 février 2003 et que celle-ci avait été en incapacité de travail pour cause de maladie depuis le 26 février 2001. Pendant cette période, elle avait été indemnisée par l'assurance perte de gain en cas de maladie de l'entreprise.

31. Le Docteur D_____ a communiqué le 8 septembre 2004 au Tribunal de céans que l'affection de sa patiente s'était aggravée durant les années 2001 à 2003 d'une manière progressive et que les douleurs qui touchaient les autres articulations (coudes, genoux, épaules et nuque) s'étaient généralisées. Il s'agissait de douleurs mixtes, neurogènes et ostéo-articulaires qui évoluaient sur un mode chronique. Les examens paracliniques de l'année 2003 avaient révélé une pathologie sans que l'on fût en mesure d'en préciser la nature. Une épicondylite et épitrochléite du bras droit chez une droitière qui devait travailler physiquement avec ce membre engendrait une incapacité de travail entre 50 et 100%, selon la force et la répétition exigée. Sur la question du Tribunal de céans de savoir pourquoi il semble avoir considéré en l'an 2000 que l'épicondylite et l'épitrochléite n'engendraient pas une incapacité de travail, il a répondu qu'il y avait des informations contradictoires dans son dossier, à savoir une lettre de la clinique de rééducation de l'Hôpital cantonal de septembre 1999 confirmant le diagnostic et le traitement, mais mentionnant une capacité de travail totale dès janvier 1999, ainsi qu'un IRM du 21 avril 1999, constatant plusieurs lésions pathologiques du coude droit. Par ailleurs, si sa patiente n'avait pas pu suivre le programme AquaFM, cela tenait au fait qu'elle présentait un phénomène de Raynaud dont les crises étaient provoquées entre autres par le contact avec l'eau.

32. Le 5 novembre 2004, la recourante s'est déterminée sur les informations complémentaires recueillies dans le cadre de l'instruction du dossier, tout en persistant dans ses conclusions précédentes. Elle a notamment produit un certificat médical d'arrêt de travail établi par l'Hôpital cantonal le 21 janvier 1999, à l'appui de son allégation, selon laquelle elle n'avait travaillé que pendant trois jours dans l'emploi temporaire qui lui avait été assigné. S'agissant de l'attestation établie par le Docteur D_____, elle a relevé que ce médecin a attesté que l'épicondylite et l'épitrochléite étaient toujours présentes et avaient un effet invalidant en elle-même, indépendamment du fait qu'elles étaient aujourd'hui fondues dans une fibromyalgie généralisée et étendues aux autres articulations. Ce médecin avait également constaté une aggravation de l'affection, ce qui infirmait le pronostic favorable qui avait été fait en 1999-2000, lors du premier prononcé de l'assurance-invalidité. S'agissant de son état psychique, la recourante a relevé que les réponses données par le Docteur L_____ mettaient en évidence plusieurs critères permettant de conclure au caractère invalidant de la fibromyalgie au sens de la loi,

dès lors qu'elle présentait un trouble dépressif vraisemblablement indépendant du trouble somatoforme douloureux, à mettre en relation avec des épisodes douloureux de son anamnèse, une intégration sociale compromise et l'absence de ressources psychiques suffisantes pour surmonter les douleurs. Elle a à cet égard relevé que le Docteur H_____ ne s'était pas prononcé sur tous ces éléments et que son expertise avait été établie sans l'aide d'un interprète, raison pour laquelle tous les éléments d'anamnèse utiles n'avaient pas pu être mis en évidence. Cela étant, la recourante a dénié une valeur probante à cette expertise.

33. Dans sa détermination du 5 novembre 2004, l'intimé a également persisté dans ses conclusions en s'appuyant sur l'avis médical émis par la Doctoresse M_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité Léman (ci-après : SMR) du 3 novembre 2004. Ce médecin a relevé que les affections d'épicondylite et d'épitrochléite du bras droit avaient déjà été prises en compte lors de la décision du 16 février 2000 de l'assurance-invalidité et que les éléments fournis par le Docteur D_____ n'apportaient aucun élément supplémentaire qui n'ait pas déjà été connu lors de l'appréciation du dossier à cette date. Sur le plan somatique, le médecin traitant n'avait ainsi fourni aucune preuve d'une aggravation objective de l'état de santé somatique ou l'apparition d'une nouvelle atteinte. Quant à l'attestation du Docteur L_____, la Doctoresse M_____ a fait observer que celui-ci n'avait fait état ni d'une aggravation de l'état de santé par rapport à l'expertise du Docteur H_____ ni de la présence d'une nouvelle atteinte et qu'il y avait par conséquent aucun lien de causalité entre le lourd handicap allégué par la recourante et attesté par les différents médecins traitants et les constatations cliniques objectives. Les médecins traitants n'avaient apporté aucun élément objectif qui pourrait faire penser qu'une reprise d'activité adaptée à la pathologie du coude droit n'était pas exigible. La Doctoresse M_____ a allégué à cet égard que la recourante avait continué à travailler à domicile dans une activité relativement lourde et pas entièrement adaptée à sa pathologie du coude droit, ce qui démontrait qu'elle possédait les ressources nécessaires pour tout mettre en oeuvre afin de restaurer sa capacité de travail.

34. Le 28 février 2005, le Tribunal de céans a ordonné une expertise médicale judiciaire de la recourante, afin de déterminer notamment avec précision quelle est l'incidence de l'épicondylite et de l'épitrochléite chroniques du coude droit de la recourante sur sa capacité de travail, et a confié le mandat au Docteur Etienne O_____, rhumatologue, après avoir donné aux parties la possibilité de se déterminer sur les questions à poser à l'expert, ainsi que le choix de celui-ci.

35. Selon le rapport d'expertise du 14 août 2005 de ce médecin, la recourante souffre d'un tableau clinique de fibromyalgie avec une probable hypothyroïdie sous-jacente. Il n'y avait aucune atteinte objectivable, notamment au coude droit (épicondyle, épitrochlée et articulaire). Quant au tableau clinique de fibromyalgie, il était basé sur les éléments subjectifs, à savoir la palpation des points d'insertion

tendineux qui déclenchaient des douleurs. Il n'y avait pas non plus de limitations fonctionnelles clairement objectivables. A cet égard, il a relevé une dissociation algo-fonctionnelle entre les éléments constatés lors de l'entretien et l'examen clinique. Ainsi, l'expert est arrivé à la conclusion que la capacité de travail de l'expertisée dans une activité légère et en tant qu'ouvrière à domicile de fabrication d'articles de maroquinerie était totale. Sa capacité de travail était également entière dans une activité légère, en tenant compte de la fibromyalgie. L'expert a par ailleurs constaté que l'expertisée comprenait très bien le français et s'exprimait correctement dans cette langue, permettant ainsi à l'expert de bien la comprendre. Dès lors, le neveu de la recourante qui l'avait accompagnée afin de servir d'interprète, n'était intervenu que très peu durant l'entretien.

36. Dans sa détermination sur le rapport d'expertise du 14 septembre 2005, l'OCAI a attribué une pleine valeur probante à celui-ci et a persisté dans ses conclusions.

37. Le 19 septembre 2005, la recourante s'est également déterminée sur ce rapport. Elle s'est étonnée que l'expert n'eût constaté aucune atteinte objectivable au coude droit, cliniquement et radiologiquement, contrairement à toutes les appréciations médicales antérieures. Elle a reproché également à l'expert de ne pas avoir procédé à de nouvelles investigations, dans la mesure où il semblait s'être fondé sur les radiographies, l'échographie et l'IRM effectués en 1999. Ainsi, elle a estimé que ce rapport ne revêtait pas une pleine valeur probante. Elle a fait en outre grief à l'expert d'avoir attribué une importance disproportionnée à certains aspects subjectifs, tel qu'un prétendu manque de collaboration de sa part et la constatation qu'elle n'avait pas l'air déprimé. Enfin, selon la recourante, l'expert aurait manifestement repris les conclusions de l'expertise psychiatrique du Docteur H_____, sans aucune appréciation critique de celles-ci, et ne s'était a fortiori pas prononcé sur l'existence éventuelle des conditions jurisprudentielles permettant d'admettre un trouble somatoforme douloureux. A l'appui de ses dires, elle a produit copie de la lettre du 8 septembre 2005 du Docteur N_____. Par conséquent, la recourante a persisté dans ses conclusions.

38. Dans le courrier précité, le Docteur N_____, a déclaré que sa patiente réaffirmait sa souffrance et que sa capacité d'exprimer ses troubles en termes rendant leur sévérité plausible est limitée en raison de sa scolarité rudimentaire, sa culture d'origine et son vocabulaire très limité. A son avis, ses troubles psychiques ne pouvaient être équitablement évaluées que par un spécialiste connaissant sa langue maternelle ou par un médecin connaissant les principes de la psychiatrie transculturelle et assisté par un interprète capable de l'aider à transcender les différences culturelles.

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.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 106).

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) a entraîné de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-vieillesse et survivants. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1er LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

   En l'occurrence, la recourante a déposé une demande de révision en l'an 2000, en faisant valoir une aggravation de son état de santé. Cela étant, même si la décision dont est recours a été rendue le 26 mai 2003, les dispositions matérielles de la LPGA ne sont pas applicables au cas d'espèce.

3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Selon l'art. 41 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles, conformément à l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961(RAI). Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière, en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI, et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3).

5. En l'occurrence se pose en premier lieu la question de savoir si la demande de révision de la recourante est recevable, dans la mesure où, au moment où elle a formé, l'intimé n'avait rendu encore aucune décision formelle. Toutefois, dans la mesure où l'intimé est entré en matière sur cette demande de révision et qu'elle a rendu une nouvelle décision, le contrôle de l'entrée en matière est soustrait au pouvoir d'examen du Tribunal de céans et il convient d'examiner le bien-fondé de la décision.

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 en corrélation avec l'art. 19 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 ; art. 95 al. 2 de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 – OJ - en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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.

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne

s'écarte 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. Peut constituer une raison de s'écarter de l'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.

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 que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a, ATF 122 V 160 consid. 1c et les références).

En outre, lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. La recourante fait valoir à l'origine qu'elle souffre d'une atteinte somatique entraînant une incapacité de travail de 50%, dans la mesure où elle est atteinte d'une épicondylite chronique. Lorsque la première décision a été prise, en date du 16 août 2000, décision qui n'a pas été contestée, l'intimé avait déjà retenu cette affection, ainsi qu'une épitrochléite. Néanmoins, se fondant sur les rapports médicaux en sa possession, l'OCAI a considéré dans cette décision que l'assurée avait préservé une pleine capacité de travail.

   La procédure de révision n'a pas permis de constater une aggravation de cette affection et la recourante n'a non plus fait état d'une péjoration de celle-ci, lors de son audition en date du 18 août 2004. Elle a en effet déclaré que la douleur au coude était restée identique, sauf qu'elle se répandait aujourd'hui à d'autres parties de son corps. Le Docteur D_____, médecin traitant de la recourante, ne fait pas non plus état d'une aggravation de ces affections. Il appert plutôt que les douleurs se sont généralisées et touchent aujourd'hui d'autres articulations, sans que ses douleurs puissent être objectivées, si ce n'est que par les points douloureux

diagnostiqués pour la fibromyalgie, et notamment être attribuées à une épicondylite et une épitrochléite.

De surcroît, l'expert mandaté par le Tribunal de céans, le Docteur O_____ n'a pas retenu le diagnostic d'épicondylite et d'épitrochléite, mais uniquement celui d'une fibromyalgie. Certes, il admet que l'expression douloureuse et le handicap exprimé se sont péjorés. Cela ne concerne cependant uniquement la fibromyalgie. Par ailleurs, aucun élément objectif explique la péjoration alléguée.

La recourante s'étonne que l'expert judiciaire n'ait pas retenu le diagnostic d'épicondylite et d'épitrochléite, contrairement aux avis des autres médecins. Cette question peut toutefois rester ouverte, dans la mesure où, d'une part, il n'est pas établi que ces éventuelles affections se sont péjorées et où, d'autre part, il importe uniquement de constater les limitations fonctionnelles objectives dues à ces éventuelles atteintes. Or, selon les constatations de l'expert judiciaire, il n'y a aucune limitation fonctionnelle clairement objectivable, comme cela avait par ailleurs déjà été constaté par le bilan d'ergothérapie préprofessionnelle établi en 1999.

Il y a lieu également de relever que tous les médecins admettent que la douleur typique de l'épicondylite et l'épitrochléite est en fait confondue dans la symptomatologie d'une fibromyalgie, de sorte qu'il est difficile d'identifier cette première atteinte. On ne saurait par conséquent considérer que l'expertise du Docteur O_____ est en contradiction avec les autres avis médicaux exprimés.

Le Tribunal de céans est en outre de l'avis qu'il n'était indispensable que l'expert judiciaire procède à de nouvelles investigations, dès lors que les limitations fonctionnelles peuvent être décelées par un simple examen clinique.

Il n'appert pas non plus que l'expert ait fondé ses conclusions, sans aucune appréciation critique, sur le rapport d'expertise du Docteur H_____, comme l'allègue la recourante. Au contraire, il a procédé à un examen complet de celle-ci et en a tiré ses propres conclusions. On ne voit par ailleurs pas comment un rhumatologue pourrait reprendre sans autres les conclusions médicales d'un psychiatre.

Ainsi convient-il d'admettre que l'expertise judiciaire remplit tous les critères jurisprudentiels précités pour lui attribuer une pleine valeur probante.

Cela étant, se pose la question de savoir si la recourante pourrait obtenir une modification de la décision du 16 août 2000 de l'intimé, en raison de la fibromyalgie diagnostiquée.

8. Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux, auxquels est assimilée la fibromyalgie, peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une

incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René Schauffhauser/Franz Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus

de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

9. En l'espèce, l'assurée ne souffre d'aucun trouble psychique ayant un retentissement substantiel sur la capacité de travail, selon le rapport d'expertise du Docteur H_____ du 29 mars 2003. Certes, le Docteur N_____ certifie des épisodes dépressifs avec syndrome somatique. Toutefois, indépendamment du fait que l'avis d'un expert doit prévaloir sur celui d'un médecin traitant, le diagnostic d'état dépressif réactionnel ne suffit pas pour établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique, d'une acuité d'une durée suffisante, anéantissant tout effort de volonté pour surmonter la douleur et réintégrer un processus de travail. En effet, les états dépressifs constituent des manifestations d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux et ne sauraient dès lors faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 135 V 358 consid. 3.3.1 in fine). A cet égard, il est à rappeler que le Docteur L_____ indique dans son attestation du 9 août 2004 que la recourante attribue son trouble de l'humeur aux douleurs chroniques et qu'il ne s'agit donc pas affection psychique indépendante. En tout état de cause, il ne saurait être considéré que l'état dépressif de la recourante est d'une acuité suffisante au sens de la loi.

   Le Tribunal de céans n'a par ailleurs aucune raison de mettre en doute les conclusions du Docteur H_____. Il appert notamment que la recourante parle suffisamment bien le français pour se faire comprendre, comme l'a constaté le Docteur O_____. La difficulté linguistique n'a visiblement pas non plus constitué pour la recourante un obstacle pour communiquer avec le Docteur D_____, lequel a en premier fait état des maltraitances subies par la recourante dans son enfance, et son avocat, dès lors qu'il convient de supposer qu'elle n'était pas à chaque fois accompagnée d'une personne pouvant traduire ses propos. Par ailleurs l'anamnèse sociale peut certainement expliquer pourquoi d'éventuelles anomalies psychiques se sont développées. Encore faut-il que celles-ci puissent être médicalement constatées, ce qui n'est en l'occurrence pas le cas.

   Cela étant, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique ou multidisciplinaire.

   S'agissant des autres critères permettant d'admettre le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, il appert certes que la recourante souffre d'affections corporelles chroniques, ainsi que d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et que les traitements ambulatoires et stationnaires conformes aux règles de l'art ont échoué. Toutefois, elle ne subit pas

une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, le Docteur H_____ constate qu'elle entretient un bon réseau social. Il ne fait non plus état d'un état psychique cristallisé marquant la libération du processus de résolution du conflit, sans évolution possible au plan thérapeutique.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre qu'un effort de volonté de la part de la recourante est exigible pour surmonter la douleur et se réinsérer dans un processus de travail, de sorte que la fibromyalgie ne peut être retenue en l'espèce comme maladie invalidante au sens de la loi.

10. Cela étant, le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Confirme la décision sur opposition du 12 août 2003 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. 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 :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

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