



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2253/2004

ATAS/810/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 22 septembre 2005

En la cause

Madame I _____, comparant par Maître Olivier CARRARD recourante
en l'étude duquel elle élit domicile

contre

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

**Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente;
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, juges**

EN FAIT

1. Madame I _____, ressortissante suisse par mariage, née en avril 1954, a notamment travaillé en qualité d'ouvrière horlogère et de nettoyeuse.
2. En date du 3 mai 1996, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en raison d'un rhumatisme inflammatoire.
3. Le Dr A _____, spécialiste en maladies rhumatismales, a établi un rapport en date du 23 mai 1996 à l'attention de l'OCAI. Il a diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde séronégative et attesté que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 12 mai 1995. Il a expliqué qu'en raison de la grossesse de la patiente, un traitement médicamenteux efficace était impossible, mais que selon l'effet du traitement qui serait instauré après l'accouchement, une évolution favorable était tout à fait possible.
4. Dans un rapport du 28 mai 1996, le médecin traitant de l'assurée, le Dr B _____, a posé les diagnostics suivants : hypothyroïdie traitée et, depuis novembre 1994, polyarthralgies s'accompagnant de tuméfactions touchant les articulations des poignets, les métacarpo-phalangiennes, les interphalangiennes proximales, les coudes, les épaules, les genoux, les chevilles et les orteils. Le médecin a confirmé que l'incapacité de travail était totale depuis le 9 mars 1995 et que l'assurée n'était pas en mesure de se servir de ses doigts pour un travail quelconque.
5. Par décision du 16 décembre 1997, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente à partir du 1^{er} mai 1996, basée sur un degré d'invalidité de 100%.
6. Dans le cadre d'une procédure de révision ouverte par l'OCAI, le Dr A _____ a confirmé le diagnostic de polyarthralgies, ainsi qu'une oligoarthritis à FAN depuis 1995. Il a indiqué qu'il n'y avait pas d'indication rhumatismale à une rente d'invalidité, que l'assurée pouvait notamment conserver la position assise et la position debout pendant huit heures par jour, alterner les positions assise/debout/marche, garder la position à genoux ou accroupie, se baisser et faire des mouvements répétitifs des membres ou du dos ; cependant, le port de charges de plus de dix kilos était prohibé (cf. rapport du Dr A _____ du 21 mai 2001).
7. Toujours dans le cadre de cette procédure de révision, l'OCAI a confié au service de rhumatologie et de médecine physique de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds le soin de procéder à une expertise rhumatologique de l'assurée. Le Dr C _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux diffus chronique, d'antécédent d'oligoarthropathie inflammatoire à facteurs anti-nucléaires positifs, alors calme, de céphalées et de douleurs abdominales entrant vraisemblablement dans le cadre du

syndrome douloureux, ainsi que d'hypothyroïdie compensée. Il a formulé les remarques suivantes : « Sur le plan physique, les examens neurologique et ostéo-articulaire ne montrent pas de limitation significative de la mobilité du rachis, des articulations périphériques, des muscles, des gaines ou des tendons. Une oligoarthrite avec synovite des mains a été constatée en 1995, sans que ne se développent d'érosions articulaires. Les documents radiologiques du rachis montrent une discopathie L5-S1 et de minimes troubles de la statique de la colonne dorsolombaire. Sur le plan psycho-mental, je n'ai pas constaté, au cours de la consultation, de comportement anormal ni d'élément en faveur d'une affection psychiatrique majeure. Les scores BDI montrent une légère tendance dépressive mais à ma connaissance, Madame I _____ n'a pas été traitée par des antidépresseurs ni été présentée à un confrère psychiatre. Sur le plan social, Madame I _____ est originaire d'Amérique du Sud. Elle habite néanmoins depuis de nombreuses années en Suisse et y a refait sa vie. Elle parle couramment le français et ne semble présenter aucune difficulté d'intégration. Madame I _____ a travaillé successivement comme dame de compagnie, femme de chambre puis jusqu'en 1995 comme ouvrière d'horlogerie à la confection d'aiguilles de montres. Elle ne travaille plus depuis lors. Si une interruption totale de travail semblait justifiée à l'époque par la synovite des doigts constatée par le Dr A _____, l'examen clinique ainsi que les examens de laboratoire et les examens radiologiques ne justifient plus, pour l'instant et à mon avis, une incapacité de travail supérieure à 20% dans toutes les professions exercées par Madame I _____ jusqu'à présent. Cette incapacité est motivée par la discopathie L5-S1 et les troubles de la statique pouvant gêner la position assise prolongée en tant qu'ouvrière d'horlogerie, en tant que femme de ménage ou comme ouvrière à la chaîne dans l'industrie de la chaussure, travail qu'elle avait exercé en Colombie. Cette incapacité partielle de travail devrait également permettre à Madame I _____ de moins solliciter les articulations des mains. De même il n'y a pas de limitation de la capacité de travail secondaire à des problèmes psychiques ou sociaux, le déroulement d'une journée habituelle étant tout à fait normal » (cf. rapport d'expertise, page 17 et ss.).

8. Répondant à des questions de l'OCAI, l'expert a précisé que des travaux lourds devraient être évités à cause du « morphotype » de l'assurée (152 centimètres), de discrets troubles de la statique du rachis, d'une discopathie L5-S1 et des antécédents d'oligoarthrite des mains. Il a indiqué que les douleurs généralisées étaient très importantes, alors que l'examen clinique était peu pathologique (cf. rapport d'expertise du Dr C _____ de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds du 21 février 2002).
9. L'assurée a également été soumise à une expertise psychiatrique conduite par le Dr SMAGA, psychiatre, qui est arrivé à la conclusion qu'elle ne présentait pas de troubles psychiques : elle ne se plaignait d'aucun problème psychique et présentait uniquement des douleurs physiques. Dès lors, d'un point de vue psychiatrique, le

médecin a jugé que sa capacité de travail était entière (cf. rapport d'expertise du Dr SMAGA du 26 mai 2003).

10. Dans un rapport d'examen du 26 juin 2003, le service médical régional AI (SMR) Léman, office dépendant de l'assurance-invalidité, a diagnostiqué, sans examen clinique, des antécédents d'une polyarthropathie inflammatoire, alors calme, ainsi qu'une hyperthyroïdie compensée. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% du 9 mars 1995 au 21 mai 2001 et à 20% dès le 21 mai 2001. Il a considéré qu'une capacité de travail de 80% était exigible dans l'activité habituelle, étant précisé que l'assurée ne devait pas effectuer de travaux lourds.
11. Par décision du 4 juillet 2003, l'OCAI a constaté, sur la base des expertises médicales, que l'assurée présentait un degré d'invalidité inférieur à 40%, qu'elle n'avait donc plus droit à une rente, raison pour laquelle celle-ci serait supprimée à la fin du mois suivant la date de la décision.
12. Par courrier du 5 septembre 2003, l'assurée a formé opposition à cette décision, en concluant au maintien de sa rente. Elle a fait valoir que l'expertise de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds était en contradiction avec le rapport du 5 juin 2003 du Dr D_____, spécialiste en rhumatologie qui la suivait depuis septembre 2002. Selon ce dernier, elle souffrait d'une fibromyalgie avec syndrome douloureux chronique et abaissement massif de son seuil douloureux, entraînant des difficultés dans sa vie de tous les jours, ainsi que d'un syndrome canalaire bilatéral. Elle ne pouvait plus travailler avec minutie en raison de ses troubles de sensibilité et de la tuméfaction de ses doigts, liés au syndrome du tunnel carpien. Elle a allégué être dans l'incapacité totale d'exercer son ancienne activité d'ouvrière horlogère, qui requérait une précision extrême.
13. Par décision sur opposition du 30 septembre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 4 juillet 2003. Il a retenu que les deux rapports d'expertise, rhumatologique et psychiatrique, avaient pleine valeur probante et concluaient à une capacité de travail de 80% dans toutes les professions exercées auparavant par l'assurée. Il a estimé que les rapports médicaux produits, notamment celui du Dr D_____ du 5 juin 2003, peu détaillés, ne pouvaient remettre en question le bien-fondé de ces expertises.
14. Par courrier du 2 novembre 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant au maintien de sa rente. Elle s'est notamment appuyée sur le rapport établi par le Dr D_____ en juin 2003 et sur celui du Dr E_____, spécialiste en neurologie, qui attestait quant à lui qu'elle présentait un syndrome du tunnel carpien bilatéral, modérément important, plus marqué à gauche et qui estimait que l'on pouvait dès lors comprendre que les problèmes liés audit syndrome provoquent une difficulté de préhension, ainsi qu'une perte de la force. Elle s'est également référée au fait qu'en octobre 2002, le Dr B_____ avait

diagnostiqué des polyarthralgies avec des cervico-arthroses C5-C6, accompagnées d'une scoliose et d'une dégénérescence discale au niveau L2, L3 et L4. Ce médecin avait alors noté une évolution défavorable et précisé qu'elle avait beaucoup de peine à se déplacer. Afin d'obtenir un avis neutre sur son état de santé, la recourante a requis un examen complémentaire auprès du service rhumatologique du centre hospitalier universitaire de Grenoble. La Dresse F_____ a diagnostiqué une fibromyalgie et estimé que, dans le contexte du type d'activité de la patiente et vu l'absence d'activité professionnelle depuis sept ans, il paraissait difficile d'envisager une reprise de travail (cf. rapport de la Dresse F_____ du 14 octobre 2003). Enfin, l'assurée a allégué qu'en l'absence d'une évolution favorable, son médecin traitant l'avait adressée au service de rhumatologie de l'hôpital cantonal de Genève qui avait diagnostiqué une fibromyalgie et une hypothyroïdie. Elle en tire la conclusion que la décision de l'OCAI de supprimer sa rente est dès lors insoutenable puisqu'en totale contradiction avec les constatations effectuées par plusieurs médecins.

15. Dans sa réponse du 11 novembre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours et renvoyé à l'argumentation de sa décision sur opposition.
16. Par courrier du 16 décembre 2004, la recourante a produit différentes attestations médicales. Au nombre de celles-ci figure notamment celle du Dr D_____ du 4 décembre 2004 : le médecin estime que sa patiente devrait bénéficier d'une aide au ménage et au repassage de quatre heures hebdomadaires en raison de ses problèmes rhumatologiques. Selon un autre certificat, établi par le Dr G_____ en date du 9 novembre 2004, l'infiltration faite dans le tunnel carpien gauche semble avoir porté ses fruits, puisque la patiente ne se plaint plus d'aucune paresthésie ; cependant, l'apparition d'arthralgies bilatérales avec raideur matinale fait penser à une arthrose débutante sous-jacente possible.
17. Par courrier 17 mars 2005, la recourante a produit de nouvelles pièces, notamment des attestations des Drs D_____, H_____ et B_____, dont le contenu sera repris en tant que de besoin dans la partie en droit ci-après.
18. L'OCAI, à qui ces différents documents ont été transmis, a conclu, par courrier du 21 avril 2005, que lesdites attestations n'apportaient rien de nouveau et ne remettaient pas en question le diagnostic posé par l'expert de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds en 2002.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où la procédure de révision a débuté en 2001, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 30 septembre 2004 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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).
4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable à la forme (cf. art. 60 LPGA).
5. Selon l'art. 41 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, 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 109 V 265 consid. 4a ; 106 V 87 consid. 1a ; 105 V 30; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le nouvel art. 17 al. 2 LPGA qui stipule que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, n'a pas apporté

de modification aux principes jurisprudentiels développés sur la base de l'art. 41 LAI sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATFA du 30 avril 2004, en la cause I 626/03, consid. 3.5). En outre, selon l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du degré d'invalidité ou d'impotence, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont eu connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du degré d'invalidité ou d'impotence.

6. Aux termes de l'art. 4 LAI, 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 (cf. également l'art. 8 LPGA).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité

psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 consid. 1.2.).

Enfin, selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING / MOMBOUR / SCHMIDT [éd.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4ème édition, p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81, note 135).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

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

Il convient enfin de préciser que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

9. En l'occurrence, la recourante a été soumise à une expertise rhumatologique le 24 janvier 2002, ainsi qu'à une expertise psychiatrique les 9 décembre 2002, 13 janvier et 10 février 2003.

L'expert rhumatologue a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée. Pour ce faire, il s'est appuyé sur l'entier du dossier et a réalisé une anamnèse systématique, notamment cardiovasculaire, respiratoire, digestive, urinaire, génitale, locomotrice et neurologique. Il a établi la situation sociale de l'assurée, le status général, neurologique, ainsi qu'ostéo-articulaire. Il a procédé à des examens complémentaires et a répondu précisément aux questions qui lui étaient posées. Les plaintes de l'assurée ont été prises en compte. Le rapport est circonstancié et les conclusions motivées. Ce rapport d'expertise satisfait donc à tous les réquisits jurisprudentiels et doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Dans cette expertise, le Dr C _____, rhumatologue, relève que sur le plan physique, les examens neurologique et ostéo-articulaire ne montrent pas de limitations significatives de la mobilité du rachis, des articulations périphériques,

des muscles, des gaines ou des tendons. Seule une discopathie L5-S1 et de minimes troubles de la statique de la colonne dorso-lombaire sont mis en évidence. L'expert - non psychiatre - n'a pas constaté d'éléments en faveur d'une affection psychiatrique majeure. Il relève que la recourante vit depuis de nombreuses années en Suisse et y a refait sa vie ; elle parle couramment le français et ne semble présenter aucune difficulté d'intégration. Le déroulement d'une journée habituelle est tout à fait normal. Malgré les douleurs importantes dont se plaint la recourante - alors que l'examen clinique est peu pathologique -, l'expert estime sa capacité résiduelle de travail à 80% dans toutes les professions exercées jusqu'à présent, avec une limitation aux travaux lourds, qui doivent être évités. Vu les antécédents d'oligo-arthrite des mains et de son évolution imprévisible, il préconise des contrôles cliniques réguliers auprès du Dr A_____.

La recourante a été entendue à trois reprises par l'expert psychiatre. Celui-ci s'est livré à une anamnèse précise. Il note que l'assurée se plaint uniquement de ses douleurs physiques, soit de rhumatismes au poignet droit, de douleurs diffuses au niveau cervical et lombaire, aux épaules et à la face latérale des cuisses. Il relève en outre que l'expertisée n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie et n'a jamais consulté de psychiatre avant l'expert. Ce rapport d'expertise, basé sur trois consultations, ainsi que sur l'étude des documents du dossier de l'assurance-invalidité, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions précises ; l'assurée ne présente aucun trouble psychique. Il convient par conséquent de constater que ce rapport remplit les exigences jurisprudentielles pour lui accorder pleine valeur probante.

Le premier rhumatologue traitant, le Dr A_____, qui a suivi la recourante depuis mai 1995 et avait préconisé à l'époque l'octroi d'une rente entière d'invalidité, a été consulté par l'OCAI, en mai 2001, dans le cadre de la procédure de révision. Il a alors indiqué qu'il n'y avait pas d'indication rhumatismale à une rente d'invalidité et que la patiente pouvait conserver la position assise pendant huit heures par jour, la position debout pendant huit heures par jour également, alterner les positions assises/debout/marche, rester à genoux ou accroupie, se baisser et faire des mouvements répétitifs des membres ou du dos. La seule limitation à laquelle le médecin a fait allusion concerne le port de charges de plus de dix kilos, lequel est fortement déconseillé. Le rhumatologue n'a pas retenu en mai 2001, les diagnostics de troubles somatoformes douloureux ou de fibromyalgie, mais ceux de polyarthralgies et d'oligoarthrite à FAN depuis 1995. Ce rapport du spécialiste traitant confirme les conclusions de l'expert rhumatologue quant à la capacité de travail de la recourante.

Par ailleurs, les attestations médicales produites par l'assurée après la première décision de suppression de rente (du 4 juillet 2003) de l'OCAI ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des deux rapports d'expertise et du spécialiste

traitant. En effet, le Dr D _____, nouveau rhumatologue consulté, ne mentionne pas de diagnostic inconnu - il fait état d'une fibromyalgie -, à l'exception d'un syndrome du tunnel carpien, qui se révèle être modérément important et traité par infiltration, ayant semble-t-il porté ses fruits, la recourante ne se plaignant plus d'aucune paresthésie. Quant à la Dresse F _____ de l'hôpital de Grenoble, elle n'a fait qu'indiquer qu'il lui paraissait difficile d'envisager une reprise de travail dans le contexte du type d'activité professionnelle de la patiente, vu notamment l'absence d'activité depuis sept ans. Il ne s'agit là que d'une appréciation - dépourvue de caractère péremptoire. Quant au fait que la recourante soit restée sans activité durant un certain laps de temps, cela ne constitue pas un facteur dont l'assurance-invalidité doit répondre. Enfin, les attestations des autres médecins, sommaires et non motivées, n'apportent aucun élément nouveau susceptible d'infirmier les conclusions des experts.

Au vu de ce qui précède, la Tribunal de céans se fondera sur les conclusions des deux experts mandatés et retiendra que la recourante présente une capacité résiduelle de travail dans son ancienne profession d'ouvrière horlogère de 80%. Le degré d'invalidité n'atteint ainsi pas 40%, même si l'on tient compte d'une diminution du revenu après invalidité de 15% en raison du temps partiel, des limitations au port de charges de plus de dix kilos et de l'âge de la recourante.

Par conséquent, le recours, mal fondé, est 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

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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