

GE_GERICHTE A/457/2008 vom 16. September 2008

GE Cour de justice, 2008-09-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_457_2008

FR: GE_GERICHTE A/457/2008 du 16 septembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/457/2008 del 16 settembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.09.2008
A/457/2008

A/457/2008 ATAS/1015/2008 du 16.09.2008 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/457/2008 ATAS/1015/2008 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 16 septembre 2008 En la cause Madame S _____, domiciliée à GENEVE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame S _____ (ci-après la recourante), née en 1961, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de vendeuse. Elle a travaillé comme opératrice de technique auprès de X _____ de septembre 1988 à décembre 2000 pour un salaire de 5'900 fr. par mois. Dès le 1 er janvier 2001 elle a été inscrite à la Caisse cantonale genevoise de chômage. Souffrant de tendinites chroniques des poignets et coudes gauches et droits, la recourante a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité visant l'octroi d'une rente, en date du 31 octobre 2001. Elle indique être suivie pour ces affections par le Docteur A _____ depuis 1989. Dans son rapport médical à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) le docteur A _____, spécialiste FMH en chirurgie, relève en décembre 2001 que l'incapacité de travail est totale depuis le 10 juillet 2001 dans la profession exercée jusqu'alors. La recourante a subi de multiples opérations, dont il remet la liste. Elle souffre de douleurs aux deux bras, de tendinites et d'insertionites à répétitions. Son état de santé s'aggrave. Des mesures professionnelles ne sont pas indiquées. La recourante ne peut pas travailler sur PC, l'utilisation des deux bras-mains/gauche-droite est impossible, de même que le port de charges de plus de 5 kg ; elle ne peut pas conserver la même position du corps pendant longtemps, elle ne peut pas adopter la position à genoux ni la position accroupie, elle ne peut pas faire de mouvements des membres répétitifs ni se baisser, elle doit éviter le froid. Dans le cadre de l'instruction du dossier par l'OCAI, deux expertises ont été diligentées, une expertise psychiatrique et une expertise orthopédique. Dans son rapport d'expertise du 24 septembre 2002, la doctoresse B _____, chirurgie orthopédique FMH, effectue tout d'abord une anamnèse complète et reprend l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier. Il en ressort qu'après un accident de moto ayant généré plusieurs interventions chirurgicales à la cheville droite, accident survenu en 1984, la recourante a changé de profession ne pouvant plus continuer dans le métier de vendeuse. Dès 1989 les problèmes aux membres supérieurs apparaissent, et la recourante subira une dizaine d'opérations. Les diagnostics posés sont ceux de : - Status après arthrodèse sous-talienne et arthrodèse du Chopart de la cheville droite + pseudarthrose talo-scaphoïdienne douloureuse. - Ostéophytose tibio-talienne antérieure avec perte d'extension de la cheville droite et recurvatum du genou droit. - Status après cinq interventions pour névrome de la branche radiale du nerf sensitif

du poignet droit, perte de sensibilité totale sur le territoire cutané correspondant à ce nerf à la main. - ENMG de contrôle des deux membres supérieur normal hormis pour la branche -sensitive du nerf radial. - Status après cure d'épicondylalgie aux deux coudes. - Status après neurolyse et transposition sous-cutanée du nerf ulnaire au coude droit. - Status après cure de tunnel carpien des deux côtés guéri. - Status après cure de synovite de De Quervain aux deux poignets. - Status après plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche. - Surcharge douloureuse du compartiment cubito-carpien au poignet droit. - Alcoolisme chronique avec troubles des tests hépatiques. - Fibromyalgie. - Gonarthrose fémoro-tibiale interne du genou droit. - Etat dépressif grave avec tentamens et idées suicidaires. S'agissant de la capacité résiduelle de travail l'expert indique ce qui suit : « du point de vue des membres : capacité avec 100% dans un métier alternant les positions debout/assise, sans charge de plus de 2 kg et sans mouvement répétitif avec les membres supérieurs. Du point de vue psychologique : capacité de 50% dans une activité comme décrite ci-dessus. Madame S_____ ne pense pas pouvoir travailler plus de 50% même dans une activité adaptée ». L'activité exercée jusqu'ici n'est plus possible du point de vue des membres supérieurs. L'état dépressif sévère et la fibromyalgie empêche d'envisager l'activité exercée jusque là à plus de 50%. Des mesures de réadaptation sont envisageables. La recourante pourrait être vendeuse de billets à l'entrée d'un cinéma ou dans une station service (self service) et travailler à 50% sans nécessité de réadaptation. Dans son rapport d'expertise du 22 mai 2003 le docteur C_____, chef de clinique de psychiatrie adulte aux Hôpitaux universitaires de Genève (l'expert), relève l'absence de pensées dépressives objectivées, la mise en évidence de traits de personnalité de type état limite, mais ne prenant pas la dimension d'un trouble de la personnalité avéré et des stigmates d'éthylisme. Son diagnostic est syndrome de dépendance à l'alcool utilisation continue, problématique connue depuis plus de 20 ans F10.25 ; traits de personnalité borderline, pas de critères pour un trouble de personnalité émotionnellement labile avéré. Actuellement sur le plan psychiatrique elle ne présente pas d'état dépressif au sens de la CIM10. La prise en charge active du problème d'alcool par une consultation spécialisée pourrait permettre d'envisager une stabilisation thymique pour l'avenir. De ce point de vue, l'expert conclut à une capacité de travail de 50% théoriquement encore envisageable. Les plaintes algiques constatées ne peuvent être mises au compte d'un trouble douloureux ou d'un épisode dépressif avec caractéristique somatique. Sur le point psychiatrique c'est donc la dépendance à l'alcool qui pose problème actuellement. L'expert précise que compte tenu de l'absence d'état dépressif actuellement, la capacité de travail définie à 50% pour raisons somatiques peut être maintenue au même taux selon l'expertise psychiatrique. L'expert confirme que la proposition de la doctoresse B_____ d'un travail à 50% comme ouvreuse dans un cinéma ou comme aide dans une bibliothèque publique par exemple est possible. Par complément du 30 octobre 2003 la doctoresse B_____ indique qu'elle avait proposé une capacité de travail de 50% pour des raisons psychologiques et non somatiques. Cette capacité de 50% est confirmée par le docteur C_____. Il n'y a pas d'état dépressif mais un alcoolisme chronique qui n'est pas pris en charge médicalement. Le SMR Léman a reçu mandat d'établir un rapport d'examen, ce qui fût fait le 15 décembre 2003. Sous « atteinte principale à la santé » il est noté douleurs de la cheville droite liées à une pseudarthrose du Chopart interne et des ostéophytes tibio-taliens. Dans « facteurs ou diagnostics associés qui ne sont pas du ressort de l'AI » il est noté fibromyalgie, alcoolisme chronique. Aucune incapacité de travail n'est justifiée du point de vue médico-juridique. Par décision du 20 janvier 2004, l'OCAI a rejeté la demande de rente au motif que la

recourante ne présente aucune atteinte à la santé susceptible d'entraîner l'incapacité de travail, dans l'activité habituelle, les limitations fonctionnelles rencontrées par rapport à l'atteinte de la cheville droite étant compatibles avec une activité d'opératrice technique. Suite à l'opposition de la recourante, l'OCAI a rendu une décision le 28 avril 2004 la rejetant. L'argument avancé selon lequel les problèmes aux mains n'auraient pas été pris en compte est rejeté, l'expertise de la doctoresse B _____ portant sur l'ensemble de la problématique médicale. L'OCAI confirme que les limitations fonctionnelles relevées sont compatibles avec l'activité habituelle d'opératrice technique. Dans son recours du 24 mai 2004, la recourante rappelle souffrir de tendinites chroniques des deux membres supérieurs et avoir subi treize interventions chirurgicales depuis 1989. Le travail d'opératrice technique est totalement incompatible avec ce syndrome. Sa précédente fonction auprès de X _____ imposait 8 heures par jour de travail sur ordinateur. L'utilisation intensive de celui-ci a pour conséquence d'entraîner de tendinites aiguës à répétitions. D'ailleurs, la Dresse B _____ a relevé que des mouvements répétitifs n'étaient plus possibles. Elle indique avoir sollicité de l'OCAI d'être soumise à une autre expertise pour qu'il puisse être constaté l'aspect dégénératif du syndrome. Annexée au recours figure une attestation du Dr A _____, du 17 mai 2004. Il exprime sa plus grande surprise de voir refuser la demande AI à sa patiente, malgré l'ensemble du dossier médical qui justifie une incapacité complète de travailler sur ordinateur. Il conteste également les diagnostics de dépendance à l'alcool et de fibromyalgie, qu'il n'a jamais posés. Dans sa réponse du 25 juin 2004, l'OCAI conclut au rejet du recours, renvoyant pour le surplus à la décision attaquée ainsi qu'aux avis médicaux du SMR Léman. Le Tribunal a entendu les parties le 21 septembre 2004. Interrogé, l'OCAI a confirmé avoir conclu que les limitations fonctionnelles étaient compatibles avec l'activité habituelle d'opératrice technique mais qu'il était plus exact de dire que la capacité restait entière en dehors de cette profession. L'alcoolisme n'avait pas à être pris en compte. La recourante a précisé qu'elle ne pouvait même plus écrire, et que son état s'était péjoré. Elle n'était pas contre une réinsertion professionnelle mais elle voyait mal quelle activité elle pourrait exercer. Le 2 novembre 2004, il a entendu le Dr A _____ qui a indiqué être le chirurgien de la recourante, et s'occuper de celle-ci depuis 1987. Il est chirurgien de la main. Il a rappelé que la recourante avait subi 15 opérations aux bras. Il est vraisemblable qu'une fracture survenue en 1984 au poignet droit ait déstabilisé toute la chaîne articulaire jusqu'à l'épaule et au dos. Il s'ensuivit des tendinites, de problèmes de nerfs et des problèmes d'articulations. Les affections successives peuvent survenir à la suite de mouvements répétitifs comme l'utilisation accrue d'un ordinateur par exemple. Il en découle une faiblesse importante des deux membres supérieurs, et tout port de charge de plus 5 kilos et tout mouvement brusque peut provoquer à nouveau une tendinite ou une névrite. Les douleurs ou nombreuses rechutes ont créé un état dépressif, qualifié de réactionnel. Sur question et après lecture d'un passage de l'expertise de la Dresse B _____, le témoin s'est dit d'accord avec les conclusions de cette expertise, à savoir 0% de capacité professionnelle dans le métier d'opératrice de saisies, qui implique un travail permanent sur ordinateur, et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans port de charge. Dans ce sens une activité d'ouvreuse de cinéma lui paraît possible mais pas celle d'un travail dans un self-service. Il a rappelé que la recourante souffre également de problèmes aux jambes suite à deux accidents. Compte tenu de l'ensemble des douleurs et limitations, il considère qu'elle ne pourrait travailler à 100% que dans une activité légère qui ne sollicite ni les membres supérieurs ni les membres inférieurs, encore une fois comme ouvreuse de cinéma par

exemple ou dans une activité de classement. Par pli de 4 novembre 2004, la recourante a relevé que la Dresse B _____ avait mentionné dans son expertise que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50% (cf. pages 17 et 18 du rapport), de sorte qu'elle partait de l'idée que le procès-verbal susmentionné comportait une erreur en tant que le Dr A _____ se disait d'accord avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Quoiqu'il en soit, dans la mesure où le médecin-traitant était d'accord avec l'expert, il y avait lieu, selon elle, de retenir une capacité de travail de 50% dans une activité « réadaptée ». Par arrêt du 3 mai 2005 (ATAS/368/2005), le Tribunal de céans a admis partiellement le recours et renvoyé le dossier à l'OCAI pour octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a considéré que la recourante était totalement incapable de travailler dans son ancienne activité mais pleinement capable dans un travail adapté. Cependant, en raison des très nombreuses limitations fonctionnelles retenues et de la pauvreté du choix de professions adaptées, il n'existait pas de place de travail concrète en suffisance pour permettre à la recourante de mettre à profit sa capacité de travail. Le rapport de la réadaptation professionnelle du 24 mai 2005 a relevé que la comparaison des revenus entraînait un taux d'invalidité de 45 %, compte tenu d'une activité adaptée exigible à 100 %. Des mesures professionnelles étaient également indiquées, en particulier un stage d'observation professionnelle. Sur recours de l'OCAI, le Tribunal fédéral des assurances a, par arrêt du 5 juillet 2006, partiellement admis le recours de l'OCAI, annulé le jugement du Tribunal de céans et la décision de l'OCAI du 28 avril 2004, alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2002 et transmis le dossier à l'OCAI afin que celui-ci examine le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation. Il a enjoint le Tribunal de céans de statuer sur les dépens de l'instance cantonale, ce qui a été fait par arrêt du 29 août 2006. Le Tribunal fédéral des assurances a estimé que l'assurée était pleinement capable de travailler dans une activité légère, adaptée à ses limitations. Par projet d'acceptation de rente du 3 octobre 2006, l'OCAI a alloué à l'assurée un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 45 %, dès le 1^{er} décembre 2002 et indiqué que le dossier serait transmis au service de réadaptation professionnelle. Le 21 novembre 2006, l'assurée a écrit à l'OCAI qu'elle subissait une aggravation de son état de santé. Elle a transmis les rapports médicaux suivants : Un rapport du 16 novembre 2006 de la Dresse D _____, médecine interne FMH, indiquant qu'elle suivait l'assurée depuis le 17 mai 2005. La patiente avait été hospitalisée du 30 décembre 2004 au 4 janvier 2005 suite à un tentamen médicamenteux. Le suivi psychiatrique s'était poursuivi avec stabilisation de la thymie. Elle portait des attelles de poignet des deux côtés; elle présentait des douleurs au pied droit, au niveau des membres supérieurs, du rachis cervico-dorso-lombaire et des membres inférieurs droits. La capacité de travail était au maximum de 50 % depuis le 29 décembre 2004, compte tenu des atteintes physiques et psychiques (état dépressif récurrent sévère en janvier 2005, actuellement stabilisé, labilité émotionnelle, notion de traits de personnalité borderline). Un résumé de séjour de l'assurée du 30 décembre 2004 au 4 janvier 2005 dans l'unité 2-JC du 11 janvier 2005 atteste que celle-ci, suite à l'exacerbation de ses douleurs, a ingéré le 30 décembre 2004 1,5 gr de Seresta à visée suicidaire et pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de dépression sévère et trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Une attestation du 20 novembre 2006 du Dr E _____, selon lequel l'assurée était suivie à la consultation de la Jonction des HUG depuis le 28 février 2005. Un avis du Dr A _____ du 16 novembre 2006 selon lequel les multiples problèmes de santé de la patiente perduraient, avec détérioration de l'état de santé en raison de l'apparition depuis quelques semaines de rhizarthroses nécessitant le port

d'attelles, un traitement de physiothérapie et des infiltrations et probablement des interventions chirurgicales avec arthrodèse des deux pouces. Le 12 décembre 2006, le Dr A_____ a rempli un rapport médical AI indiquant un nouveau diagnostic de rhizarthrose bilatérale et une incapacité de travail totale. Le 15 décembre 2006, le Dr F_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué une rhizarthrose bilatérale et une gonarthrose gauche. Il avait vu la patiente pour des traitements ponctuels et ne pouvait donc se prononcer sur la capacité de travail. Le 5 janvier 2007, la Dresse D_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} décembre 2001. Elle suivait la patiente depuis le 17 mai 2005 et constatait le port d'attelles aux poignets, limitations douloureuses des mouvements des poignets, insertions multiples des membres supérieurs, status après multiples neurolyses; thymie variable parfois très sombre, périodes de retrait social, ne fréquentant que la personne qui partage sa vie. Le 14 février 2007, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI. Il relève que "nous sommes face à une patiente qui souffre d'un trouble dépressif récurrent avec plusieurs tentatives de suicide avec une consommation abusive d'alcool. Actuellement, la patiente est stabilisée sur le plan dépressif avec un traitement antidépresseur et un suivi médical. La patiente a toutefois une difficulté à gérer ses émotions, une vulnérabilité au stress et est souvent amenée à des crises dépressives accompagnées d'angoisses. Actuellement, la patiente est abstinente à l'alcool mais sont accentués une symptomatologie de son trouble dépressif et les caractéristiques d'une personnalité labile de type borderline. Un diagnostic de rhizarthrose bilatérale a été posé qui nécessite un traitement lent et assez fastidieux selon la patiente. "(...)" Sur le plan psychiatrique, la patiente présente une évolution favorable (suivi psychiatrique mensuel associé à un traitement antidépresseur et neuroleptique). Le pronostic, d'un point de vue psychiatrique, si la patiente ne recommence pas sa consommation d'alcool, est favorable, en tenant compte des antécédents des acts auto agressifs effectués en 2004". A la demande de l'OCAI, le Dr G_____, spécialiste FMH rhumatologie - médecine interne, a rendu le 5 mai 2007 un rapport d'expertise. Il mentionne que l'assurée se plaint de douleurs polyarticulaires (épaules, coudes, poignets, genoux, chevilles) de cervicobrachialgies et lombopalgies droites, de douleurs de la cheville droite ainsi que d'une fatigue chronique et de trouble du sommeil. Il pose les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : Cervicobrachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Polyinsertionite avec diminution du seuil de tolérance à la douleur (fibromyalgie). Status post-fracture du col de l'astragale en 1984 et double arthrodèse sous talienne et du Chopard en 1985. Douleurs du poignet droit chroniques. Status post-opération d'une ténosynovite de Doekewin en 1989. Status post-maladie du Sudeck en 1989. Status post-cure de tunnel carpien droit en 1996. Status post-neurolyse du poignet droit en 1996. Status post-opération d'un névrome de la branche radiale du poignet droit en 1995. Status post-reprise d'un névrome radial du poignet droit. Douleurs chroniques du genou gauche : Status post-entorse du genou gauche en 1990. Status post-plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche en 1993. Douleurs chroniques du poignet gauche : Status post-cure du tunnel carpien en 1999. Douleurs chroniques du coude droit : Status post-cure d'épicondylite droite en 1999. Status post-neurolyse du nerf ulnaire du coude droit. Syndrome anxio-dépressif dans un contexte de trait de personnalité Borderline : Status post-tentamen médicamenteux en 2004. Status post-tentamen médicamenteux en 1990. Et sans répercussion sur la capacité de travail une consommation chronique d'alcool. Il note que le bilan radiologique et ultrasonographique du 30 avril 2007 se révèle rassurant. Au niveau des mains, il n'y a pas de signe d'érosion ou

de trouble dégénératif significatif hormis une minime rhizarthrose à la limite du significatif. Au niveau du rachis, on note une minime discopathie L5-S1 compatible avec l'âge de l'assurée. Au niveau de la cheville droite, on note la présence de troubles dégénératifs significatifs au niveau du pilon tibio-astragalien avec présence de pseudoarthrose. L'ultrasonographie des chevilles se révèle rassurante. Il n'y a pas de collection liquidienne. L'ultrasonographie des épaules et des genoux se révèle dans les normes. L'impotence fonctionnelle est imputable aux troubles dégénératifs de la cheville droite et éventuellement aux minimes troubles dégénératifs des bases des deux pouces. Cependant, ce sont essentiellement les douleurs, phénomène subjectif et non mesurable, propre à chaque individu qui limitent essentiellement les activités physiques de l'assurée et qui sont probablement à insérer dans un contexte socioprofessionnel difficile. Du point de vue rhumatologique, sa capacité de travail, dans son activité d'opératrice en télécommunication tel qu'admis par le Tribunal des assurances est de 0 %. Dans une activité adaptée, en limitant le port de charges à plus de 2kg, en limitant les longs déplacements à pieds de plus de 30 minutes, en voiture de plus d'une heure, en évitant les mouvements au-dessus de l'horizontal, avec long bras de levier, en alternant positions assises et debout, sa capacité de travail pourrait raisonnablement être exigée à 100 %. Cette appréciation se différencie de celle du Dr A _____ qui estime que l'incapacité de travail est totale. Elle s'apparente partiellement à celle des Drs H _____ et D _____ qui estiment que sa capacité de travail adaptée est évaluée à 100 %. A son avis, hormis les chevilles, le status radiologique est rassurant et ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle dont se plaint l'assurée. Le status est rassurant, il n'y a pas de trouble neurologique décelé, il n'y a pas d'amyotrophie pouvant expliquer une diminution de l'utilisation des membres supérieurs ou inférieurs. La marche est fluide, il n'y a pas de boiterie et l'impotence fonctionnelle est essentiellement liée au vécu douloureux chronique. Il n'y a pas d'arguments suffisamment probants pouvant justifier une aggravation de la situation par rapport à 2004 ou 2006. En effet, selon les derniers rapports médicaux, l'impotence fonctionnelle se serait aggravée suite à l'apparition d'une rhizarthrose. Or, le bilan radiologique effectué est rassurant et ne présente pas de rhizarthrose suffisamment significative justifiant une péjoration de la situation. Le 28 juin 2007, la Dresse I _____ du SMR a estimé que l'assurée ne présentait pas une aggravation objective de son état de santé. Le 18 septembre 2007, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport indiquant que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et qu'à la demande de l'assurée un mandat de placement pouvait être ouvert. Lors de l'entretien du 27 août 2007, il est noté que l'assurée souhaitait savoir pourquoi il n'avait pas été fait mention de discopathie et d'arthrose de la colonne dorsolombaire et d'arthrose des deux coudes et genoux et ne comprenait pas la reconnaissance d'une capacité de travail alors que sa situation s'était empirée. Elle avait mentionné que peut-être elle pourrait essayer de travailler à 50 % mais en tous les cas pas à 100 %. Elle avait affirmé ensuite n'avoir nul besoin d'une réinsertion sociale et qu'elle était totalement incapable de travailler. Par décision du 14 janvier 2008, l'OCAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2002. Le 13 février 2008, l'assurée a écrit à l'OCAI qu'elle contestait s'être opposée à toute réadaptation. Le même jour, elle a recouru à l'entre de la décision de l'OCAI du 14 janvier 2008 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en relevant que la réadaptation professionnelle lui avait proposé, contre l'avis des médecins, une formation sur ordinateur qu'elle avait refusée. Elle sollicitait des mesures d'ordre professionnel autre que sur ordinateur. Par ailleurs, son état s'était aggravé depuis 2007 et, du fait du blocage des deux

pouces et poignets, elle était dans l'incapacité d'écrire ou de tenir des objets autrement qu'à deux mains. Enfin, elle contestait la durée de cotisation AVS-AI prise en compte. Le 26 mars 2008, l'intimé a sollicité un délai pour répondre en invoquant un mandat de réadaptation en cours. Le 7 avril 2008, la recourante a contesté l'existence d'un tel mandat, en rappelant qu'on l'avait informée que son dossier était clos. Le 25 avril 2008, l'intimé a observé que l'atteinte à la santé avait été investiguée et que le Dr G_____ avait confirmé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, que l'assurée avait indiqué à la spécialiste en réadaptation qu'elle estimait ne pas pouvoir exercer une activité adaptée, ni suivre un stage d'observation professionnelle, comme cela ressortait d'une note de Mme T_____ jointe à la réponse et qu'ainsi l'assurée n'avait pas adhéré à un projet de réadaptation professionnelle, ce qui justifiait le refus du droit à des mesures professionnelles. Par ailleurs, l'intimée a joint la réponse de la Caisse cantonale genevoise de compensation constatant que l'échelle de rente 38 appliquée était erronée dès lors que la recourante pouvait se prévaloir de vingt années entière de cotisations de sorte que l'échelle de rente 44 complète était applicable et un revenu annuel déterminant de 60'564 fr. au lieu de 58'092 fr. Le 23 juin 2008, le Tribunal de céans a entendu les parties lors d'une audience de tentative de conciliation. La recourante a déclaré : "Je me suis présentée en août 2007 auprès de Mme T_____, après convocation de l'OCAI et étant précisé que j'ai dû les rappeler pour qu'ils me convoquent à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral. Cette dame m'a proposé un stage sur un clavier d'ordinateur, plus précisément je devais apprendre à rédiger mon curriculum vitae sur ordinateur. Comme j'ai refusé, elle m'a répondu que même un aveugle pouvait travailler sur un ordinateur. Il ne m'a pas été proposé une formation précise. Je veux bien être réinsérée mais de façon adéquate bien que je me sente en mauvais état pour envisager quelque chose. L'entretien a duré environ une heure et demie, j'ai dit que le domaine médical ou celui de la justice m'intéressaient mais elle m'a répondu que cela n'était pas possible. Je précise que c'est Mme U_____ qui m'a dit au téléphone "Ah je comprends vous êtes espagnole alors tout s'explique". Je lui avais téléphoné à la suite de la réception d'une deuxième carte AVS et pour comprendre comment l'échelle de rente avait été arrêtée. Je confirme avoir dit à Mme T_____ que je ne pouvais pas effectuer un stage d'observation professionnelle en raison de mon état de santé. Actuellement je m'estime capable de me réinsérer professionnellement à 50 % mais pas à 100 %. Je suis prête à accepter une mesure professionnelle en vue d'une réinsertion. Je conteste le rapport du Dr G_____ car il n'a pas fait mention de toutes mes affections physiques, notamment tous mes problèmes dorsaux. S'agissant de la rhizarthrose elle m'occasionne des douleurs et m'oblige à porter des attelles qui me bloquent les pouces. Vu mes limitations, c'est-à-dire la nécessité d'alterner les positions, l'impossibilité de porter des charges et de faire des mouvements répétitifs je ne vois pas quel travail je pourrais concrètement exercer. Je suis formelle sur le fait que je ne suis capable de tenter une réinsertion professionnelle à 100 % mais seulement au maximum à 50 %. J'ai bien pris note que la réadaptation professionnelle n'entrera pas en matière tant que je ne me considère pas moi-même capable de travailler à 100 %. Dans le cadre de mon recours je maintiens ma demande de mesure d'ordre professionnel à hauteur de 50 % de capacité de travail. Je suis d'accord avec le nouveau calcul effectué par la Caisse cantonale genevoise de compensation dans son courrier du 23 avril 2008. Je verse au dossier un examen radiographique du 15 avril 2008". La représentante de l'intimé a déclaré : "L'OCAI ne va pas rendre de décision formelle sur les mesures professionnelles. La convocation à la réadaptation n'a eu lieu qu'en août 2007 en raison de l'attente de l'expertise du Dr G_____". Tant que la recourante n'est pas

d'accord de se réinsérer à 100 %, taux qui correspond à sa capacité de travail, la réadaptation professionnelle n'entrera pas une nouvelle fois en matière". La recourante a versé au dossier une radiographie du 14 avril 2008 du rachis cervico-dorso-lombaire concluant à une "spondylose dorsolombaire modérée sans scoliose ni tassement vertébral. Présence d'un certain degré d'arthrose interapophysaire postérieure de L3 à S1. Cervicarthrose essentiellement C5-C7". Le 3 juillet 2008, à la demande du Tribunal de céans, le Dr A _____ a indiqué que "les rhizarthroses de Mme S _____ sont importantes - je ne suis donc pas d'accord avec le Dr G _____ et la patiente présente surtout une instabilité ligamentaire importante qui provoque des douleurs nécessitant le port des attelles des pouces. Ce sont ces douleurs également qui empêchent la patiente de faire même des travaux légers. En cas de persistance des douleurs, des opérations avec implantations de prothèses peuvent être proposées à la patiente, mais je n'ai jamais vu de patients reprenant un travail après de telles opérations. Ces opérations sont indiquées uniquement en cas de douleurs très fortes. L'incapacité de travail de Mme S _____ reste à 100 %, à mon avis même dans une activité adaptée". Le 7 août 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise à la Dresse J _____, FMH rhumatologie, et leur a imparti un délai pour faire valoir un éventuel motif de récusation et se prononcer sur la mission d'expertise. Le 9 septembre 2008, l'intimé a approuvé le choix de l'experte et transmis un avis médical du SMR du 29 août 2008 selon lequel il était normal que le Dr A _____ ne partageait par l'avis du Dr K _____ dès lors qu'il était le médecin-traitant de l'assurée. EN DROIT a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). En l'espèce, la décision litigieuse est datée du 14 janvier 2008 et alloue un quart de rente d'invalidité à la recourante depuis le 1^{er} décembre 2002, en application de l'arrêt du Tribunal fédéral du 5 juillet 2006. Elle comprend également le refus d'augmenter la rente d'invalidité au motif que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé depuis 2006. Il y a enfin lieu d'admettre qu'elle comprend implicitement le refus d'octroyer à la recourante des mesures d'ordre professionnel à la suite du renvoi de la cause à l'intimé par le Tribunal fédéral des assurances pour statuer sur ce point. Dès lors que le droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2002 a été fixé par le Tribunal fédéral, dont l'objet du litige comprenait les faits survenus jusqu'au 28 avril 2004, date de la décision sur opposition de l'OCAI, force est de constater que cette décision ne peut plus faire l'objet d'une nouvelle contestation. Est en conséquence litigieux dans le cadre de la présente procédure, le rejet de la demande de révision du droit à la rente fondée

sur l'allégation d'une aggravation de l'état de santé depuis novembre 2006 et le refus de mesures d'ordre professionnel. Les faits juridiquement déterminants s'étant produits au-delà du 1^{er} janvier 2003, la LPGA s'applique ainsi au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités).

a) Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision en date du 3 octobre 2006, qui a été confirmé par la décision du 14 janvier 2008, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 13 février 2008.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.» Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée

et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a). Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au

handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

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

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

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises

établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87) D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de

traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). a) En l'espèce, le Dr G _____, dans son rapport d'expertise, évoque une minime rhizarthrose à la limite du significatif en se référant à un bilan radiologique du 30 avril 2007 et conclut, au vu de l'examen global, qu'il n'y a pas d'argument pouvant justifier une aggravation de la situation par rapport à 2004 ou 2006. Or, plusieurs avis médicaux font état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante par l'apparition notamment de tendinite et rhizarthrose bilatérale impliquant la nécessité de porter en permanence des attelles aux poignets (avis de la Dresse D _____ des 16 novembre 2006 et 5 janvier 2007, du Dr F _____ du 15 décembre 2006, du Dr A _____ des 16 novembre et 12 décembre 2006). Celui-ci précise que ces rhizarthroses bilatérales, jamais constatées auparavant, nécessitent un traitement long et fastidieux avec port d'attelles immobilisant les pouces et constituent un nouvel handicap extrêmement important. Enfin, sur demande du Tribunal de céans, le Dr A _____ a indiqué qu'il n'était pas d'accord avec l'avis du SMR dès lors que les rhizarthroses étaient importantes, avec une instabilité ligamentaire également importante provoquant des douleurs et nécessitant le port des attelles des pouces, l'empêchant même de faire des

travaux légers. Il estime finalement que l'incapacité de travail est totale. b) Au vu de ces avis médicaux contradictoires, il convient d'ordonner une expertise, laquelle sera confiée à la Dresse J_____, spécialiste FMH rhumatologie, à Genève. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable ; Préparatoirement : Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse J_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme S_____. Examiner Mme S_____ et effectuer tout examen radiologique utile. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? Quels sont vos diagnostics ? L'état de santé de Mme S_____ s'est-il modifié depuis le 28 avril 2004 (date de la première décision de refus de rente de l'OCAI) ? Si oui, comment ? En particulier l'état de santé s'est-il détérioré ? Si oui, cette détérioration entraîne-t-elle une incapacité de travail ? Si oui, à quel taux ? Existe-t-il en particulier un diagnostic de rhizarthrose ? Si oui, depuis quelle date ? Entraîne-t-il une incapacité de travail ? Si oui, à quel taux ? Etes-vous d'accord avec les constatations et conclusions de l'expertise du Dr G_____ ? Si non, pourquoi ? Au vu de vos diagnostics, Mme S_____ peut-elle exercer une activité adaptée ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? Si non, depuis quelle date est-elle totalement incapable de travailler ? En cas d'incapacité de travail totale ou partielle, est-elle due à l'aggravation de l'état de santé depuis le 28 avril 2004 ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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