

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2/2008

ATAS/619/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

Du 28 mai 2008

En la cause

Madame M _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Patrick BLASER

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____, de nationalité dominicaine, mariée, est arrivée en Suisse en 1986. Après sa scolarité, elle a commencé un apprentissage de gouvernante, interrompu en raison de difficultés linguistiques. Elle a travaillé dans l'hôtellerie, puis comme serveuse de 1992 à 1999. Du 29 mars 2000 au 29 mars 2001, l'assurée a été placée comme employée de musée par l'Office cantonal de l'emploi, dans le cadre d'un emploi temporaire.
2. Le 4 avril 2001, l'assurée a été opérée d'une tumeur de l'auriculaire de la main gauche avec reconstruction par greffe prélevé sur le nerf cutané antébrachial médial à l'avant-bras et cure de tunnel carpien gauche. Suite à cette intervention, l'assurée a perdu une partie de la sensibilité dans l'auriculaire et l'avant-bras gauche.
3. Le 7 janvier 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.
4. Le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI le 20 janvier 2004, indique que l'assurée est venue le consulter à deux reprises, les 3 juillet 2003 et 15 août 2003 pour un problème à l'avant-bras et à la main gauche. Elle avait été opérée en 2001 par le Dr D_____. Il ne se prononçait pas sur la demande AI qui ne le concerne pas. Il a joint un rapport du Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, du 28 août 2003. L'examen électroneuromyographique a conclu à un syndrome du canal carpien droit, une atteinte lésionnelle partielle du nerf cutané antébrachial médial gauche et un status après opération d'un tc gauche sans séquelle.
5. Dans un rapport du 6 août 2004 à l'attention de l'OCAI, le Dr D_____, chirurgien de la main, indique qu'il n'a pas revu cette patiente depuis octobre 2001. Il a opéré l'assurée le 4 avril 2001 d'une tumeur neurale du nerf digital propre ulnaire de l'auriculaire gauche. Elle présentait un outre un syndrome du tunnel carpien. L'incapacité de travail prescrite à sa consultation était de 100 % du 4 avril 2001 au 7 juin 2001.
6. Les Drs F_____, médecin adjoint agrégé, et G_____, chef de clinique adjoint, de l'Unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont rédigé un rapport de première consultation le 16 août 2004. Ils retiennent les diagnostics de status port résection d'un hamartome du nerf collatéral ulnaire D5 gauche, status post greffe nerveuse avec prélèvement du nerf cutané antébrachial médial gauche et neurolyse du nerf médian au tunnel carpien gauche, syndrome du tunnel carpien date I bilatéral et neuropathie compressive du nerf ulnaire gauche au coude et au poignet. A l'examen clinique, les médecins objectivent la perte de sensibilité de protection dans le territoire décrit et

correspondant à la zone d'innervation du tronc inter-métacarpien 4-5, ainsi qu'une extension de l'hypoesthésie sur les 4 doigts longs de la main gauche, tant palmaire que dorsale. Ils retrouvent également des signes de compression du nerf ulnaire à gauche, des symptômes irritatifs au tunnel carpien à gauche et des signes de compression évidents au tunnel carpien droit.

7. Le 4 novembre 2004, l'assurée a été opérée par le Dr G_____. Dans le compte-rendu opératoire, le Dr G_____ a diagnostiqué une neuropathie compressive du nerf ulnaire au poignet et au coude gauche, un syndrome du tunnel carpien gauche stade I et a procédé à une neurolyse du nerf médian et du nerf cubital au poignet gauche ainsi qu'à une transposition antérieure semi-profonde du nerf ulnaire au coude gauche. Dans son rapport médical intermédiaire du 9 mai 2005, le Dr G_____ indique que l'état de santé de la patiente est stationnaire, que les douleurs remontent dans l'épaule et se présentent comme des cervico-brachialgies et qu'elle a du cesser toute médication antalgique depuis le 23 mars 2005, en raison de sa grossesse. Il est vraisemblable qu'en dehors de la résolution des paresthésies dans le territoire médian, aucune autre amélioration ne survienne par la suite. Une prise en charge psychiatrique ne semble pas nécessaire, toutefois un suivi par un psychothérapeute devrait être envisagé afin de réduire la composante anxieuse des douleurs présentées. L'incapacité de travail est totale dans l'activité de serveuse ou d'employée de bureau. Une reprise de travail est envisageable au décours de la fin du congé de maternité, dans une activité d'employée de bureau avec une limitation horaire de 4 heures par jour au vu de la fatigabilité accrue du membre supérieur gauche et des hyperesthésies rencontrées au contact d'objets lors de changements de température. Une évaluation médicale complémentaire par un spécialiste de la douleur pourrait être utile.
8. Le 18 août 2005, le mandataire de l'assurée a transmis à l'OCAI copie d'un rapport d'examen électroneuromyographique pratiqué le 13 juin 2005 par le Dr H_____, des HUG, qui conclut à une péjoration nette de l'atteinte focale du nerf médian droit au canal carpien, avec des signes de perte axonale sensitive et motrice, toutefois sans signes EMG de dénervation aiguë. Il n'y a pas d'anomalie de la conduction sensitive et motrice du nerf médian gauche au canal carpien.
9. Dans un rapport du 16 mars 2006 à l'attention du Dr G_____, la Dresse I_____, médecin cheffe de service du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, indique que la patiente présente des douleurs neuropathiques chroniques du membre supérieur gauche et une composante myofasciale au niveau du coude et de l'épaule qu'il conviendrait de traiter par une approche physiothérapeutique. Finalement, les douleurs, leur pérennisation et les échecs thérapeutiques successifs ont entraîné un important désarroi ainsi qu'un sentiment de colère chez la patiente.

10. L'OCAI a ordonné un examen bidisciplinaire (main et psychiatrique) au SMR Suisse romande. Dans son rapport daté du 22 mars 2007 intitulé "examen rhumatologique et psychiatrique", signé par les Drs J_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, et K_____, psychiatre FMH, le SMR indique que l'assurée a été examinée le 24 novembre 2006. Les médecins ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : séquelles de prélèvement d'un greffon du nerf cutané antébrachial médial gauche, status après résection d'un hamartome du nerf collatéral ulnaire de l'auriculaire gauche et reconstruction par greffe nerveuse, status après cure de tunnel carpien gauche, status après transposition semi-profonde du nerf ulnaire du coude gauche et neurolyse du médian et du cubital au poignet gauche. Les autres diagnostics, à savoir une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, le syndrome du tunnel carpien droit et le trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans syndrome somatique sont sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation consensuelle du cas, le SMR relève que le dossier mentionne une disparition des paresthésies du territoire du médian gauche, une normalisation des paramètres EMG concernant ce nerf, mais que lors de l'examen, l'assurée signale la persistance des troubles sensitifs ainsi que de douleurs qui s'étendent à tout le membre supérieur gauche jusqu'à l'hémicrâne gauche. Les plaintes concernant la main gauche peuvent être en relation avec des séquelles de la neuropathie cubitale opérée et du syndrome du tunnel carpien opéré. Mais l'extension de l'hypoesthésie subjective à tout le membre supérieur gauche ne correspond pas à une topographie anatomique. Il n'y a pas notamment de déficit moteur, ni de signe de tendinopathie à l'épaule ou d'épicondylite. Les troubles sensitifs et douloureux peuvent donc être expliqués partiellement par une cause organique, mais on constate une majoration des symptômes. L'examen psychiatrique permet de constater une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, sans syndrome somatique et de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, étant donné que c'est le troisième épisode dépressif. L'intensité de l'épisode n'est pas suffisant pour avoir une répercussion sur la capacité de travail de longue durée. L'incapacité de travail existe depuis le 4 avril 2001, à 100 %. La capacité de travail est de 50 % dans l'activité de serveuse depuis juin 2005, date à partir de laquelle il y a une stabilisation séquellaire neurologique au membre supérieur gauche. Comme employée de musée, ou dans une activité adaptée, elle est de 80 %.
11. La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à la comparaison des gains et constaté que le degré d'invalidité de l'assurée s'élevait à 10 %, de sorte que seule une éventuelle aide au placement entre en ligne de compte, sur demande de l'assurée.
12. Le 16 août 2007, l'OCAI a notifié à l'assurée un projet d'acceptation de rente, aux termes duquel une rente entière d'invalidité lui est accordée du 1^{er} janvier 2003 au 30 juin 2005.

13. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a fait part de son désaccord quant à la suppression de la rente. Elle conteste les conclusions du SMR quant au diagnostic de majoration des symptômes. Elle fait valoir que l'abattement total qu'elle éprouve résulte de la persistance et de l'ampleur de ses douleurs physiques. Elle a produit divers documents, dont un rapport du 10 septembre 2007 de son médecin traitant actuel, le Dr L_____, attestant qu'elle est traitée pour des douleurs chroniques de type neuropathique du membre supérieur gauche afin de rendre les douleurs supportables et de diminuer l'état dépressif réactionnel qui s'est installé après les diverses interventions subies. Le traitement s'accompagne cependant d'effets secondaires relativement importants, à savoir une somnolence diurne, une difficulté de concentration, des étourdissements et des vertiges. La patiente signale également une insomnie chronique liée à la survenue de douleurs après quelques heures de sommeil. Selon le Dr L_____, les effets secondaires empêchent la patiente de mener à bien les activités de la vie quotidienne et à fortiori d'avoir une activité professionnelle régulière. L'assurée a communiqué encore un rapport du 4 septembre 2006 du Dr N_____, spécialiste FMH en neurologie électroneuromyographie, au terme duquel l'examen neurologique a révélé notamment une contracture importante de la musculature paracervicale et du trapèze gauche mais aussi des muscles myo-faciaux gauches avec une élévation de l'épaule gauche, une hypodyssthésie dans le territoire du nerf cutané anté-brachial médial gauche, du nerf cubital gauche et en moindre du nerf médian et radial et une limitation dans les mouvements, moyens et symétriques. Dans ses conclusions, le Dr N_____ indique que la patiente présente des douleurs neurogènes, chroniques du membre supérieur gauche suite à l'ablation d'un schwannome du nerf collatéral cubital gauche, puis post-neurolyse du nerf médian et du nerf cubital au poignet gauche et transposition antérieur semi-profonde du nerf ulnaire au coude gauche. Elle a par la suite développé une probable algodystrophie du membre supérieur gauche qui n'a fait qu'entretenir et augmenter les douleurs et les troubles sensitifs. Concernant les hémicrâniées et les douleurs cervicales, celles-ci s'inscrivent dans le cadre de céphalées et de cervicalgies de tension musculaire dues à la contracture chronique en rapport avec les douleurs neuropathiques sur lesquelles se greffent quelques crises d'allure migraineuse. Enfin, la patiente présente un état anxio-dépressif relativement important qui joue un rôle défavorable sur la symptomatologie, raison pour laquelle il a proposé un traitement de Cipralex ou Deroxat.
14. Le SMR, dans un avis du 16 octobre 2007, a considéré qu'aucun élément nouveau ne pouvait justifier une modification de son estimation médicale.
15. Par décision du 20 novembre 2007, l'OCAI a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 100 % dès le 4 avril 2001 ouvrant droit à une rente entière dès le 4 avril 2002. Toutefois, la demande de prestations étant tardive, il lui a accordé une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2003 au 30 juin 2005. A partir du mois de juin 2005, l'OCAI, se fondant sur le rapport SMR, a retenu que la

capacité de travail est de 50 % dans l'activité de vendeuse, mais de 80 % dans une activité adaptée, de sorte que le degré d'invalidité s'établit à 10 %, insuffisant pour le maintien de la rente d'invalidité.

16. Le 3 janvier 2008, l'assurée, représentée par son mandataire, interjette recours. Elle conteste la suppression de sa rente au 30 juin 2005, ainsi que le diagnostic des médecins du SMR qui font état d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, minimisant totalement son mal physique, alors que ses douleurs sont bien réelles. Elle rappelle que ses douleurs sont survenues après son opération du 4 avril 2001 et qu'elles se sont depuis lors maintenues à un niveau égal. Elle fait valoir que les douleurs récurrentes, le traitement médicamenteux lourd et ses effets secondaires entraînent une fatigue constante qui l'entravent dans sa vie quotidienne, alors même qu'elle n'exerce pas d'activité lucrative. Elle reproche aux médecins du SMR de n'avoir pas pris en compte ces différents aspects dans l'évaluation de sa capacité de travail. Elle conclut préalablement à la mise en œuvre d'un examen médical complet et, sur le fond, à l'annulation de la décision en tant qu'elle met fin à sa rente entière d'invalidité.
17. Dans sa réponse du 30 janvier 2008, l'OCAI relève que l'examen du SMR corrobore l'appréciation clinique du Dr G_____, mais diffère quant à l'estimation de la capacité de travail. S'agissant des effets secondaires de la médication, le SMR précise que l'assurée parvient à mener ses activités, en prenant quelques moments de repos. La diminution de 20 % de la capacité de travail dans l'activité adaptée lui permettrait de faire les pauses nécessaires. L'OCAI conclut au rejet du recours, considérant que l'examen du SMR a pleine valeur probante.
18. Cette écriture a été communiquée à la recourante le 8 février 2008.
19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 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). Aussi le droit litigieux doit-il être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe.

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).

3. Interjeté dans les forme et délais prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige porte sur la suppression au 30 juin 2005 de la rente entière d'invalidité.
5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels..

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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le

1^{er} janvier 2004, de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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. Les données médicales constituent ainsi un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000, p. 268). Lorsque le litige concerne plus particulièrement des mesures d'ordre professionnel, le médecin indiquera, en outre, si l'état de santé de l'assuré permet le reclassement ou la formation dans une nouvelle profession et, dans l'affirmative, quelles sont les activités adaptées au handicap de l'intéressé du point de vue médical.

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion

médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a).

Enfin, s'agissant de la valeur probante 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. En l'espèce, il résulte du dossier médical que la recourante présente des séquelles du membre supérieur gauche, sous forme d'une neuropathie douloureuse compressive du nerf ulnaire au poignet et au coude gauche. Selon le Dr G_____, la recourante présente également une composante anxieuse des douleurs, qu'un suivi psychothérapeutique pourrait réduire. Les atteintes à la santé de la recourante entraînent une incapacité de travail totale dans l'activité de serveuse ou d'employée de bureau. Dans son rapport du 9 mai 2005, le Dr G_____ indique qu'une reprise de travail est envisageable au décours de la fin du congé maternité, dans une activité de bureau, à raison de 4 heures par jour au vu de la fatigabilité accrue du membre supérieur gauche et des hyperesthésies rencontrées au contact d'objets lors de changements de température. Le médecin précise qu'une évaluation médicale complémentaire par un spécialiste de la douleur pourrait être utile. Le médecin traitant actuel, le Dr L_____, indique que les effets secondaires entravent la recourante dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et à fortiori d'avoir une activité professionnelle régulière, mais il ne se prononce pas de façon précise sur la capacité de travail.

En août 2005, le Dr H_____ signale à l'examen électroneuromyographique une nette péjoration de l'atteinte focale du nerf médian droit au canal carpien, avec des signes de perte axonale sensitive et motrice, mais il ne se prononce pas sur la capacité de travail.

Les médecins du SMR concluent pour leur part que la recourante, du point de vue psychiatrique, présente une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, diagnostic qui est cependant sans influence sur la capacité de travail. Du point de vue somatique, ils retiennent une atteinte neurologique du membre supérieur gauche et évaluent la capacité de travail à 50 % comme serveuse

depuis juin 2005, date à partir de laquelle il y a une stabilisation de l'atteinte séquellaire neurologique au membre supérieur gauche, et à 80 % dans une activité adaptée.

Le Tribunal de céans constate que l'examen du SMR est entaché d'irrégularités d'ordre formel. En effet, l'examen psychiatrique a été effectué par le Dr K_____ qui a signé le rapport daté du 22 mars 2007 en tant que psychiatre FMH. Toutefois, selon la liste des médecins établie par le SMR en date du 5 juillet 2007, ce médecin a obtenu son FMH en psychiatrie et psychothérapie en 2007 et la demande d'autorisation de pratiquer est en cours. Par conséquent, force est de constater qu'au moment de l'examen du 24 novembre 2006, le Dr K_____ ne disposait ni du titre de FMH en psychiatrie et psychothérapie, ni de l'autorisation de pratiquer. Quant à la Dresse J_____, qui a pratiqué l'examen somatique, elle a certes obtenu son FMH en chirurgie de la main en 1989, mais elle ne possède pas d'autorisation de pratiquer et figure sur la liste du SMR comme médecin de dossiers. Par conséquent, en application de la jurisprudence, le rapport du SMR ne peut se voir attribuer une pleine valeur probante et le Tribunal de céans ne saurait tirer des conclusions définitives quant à la capacité de travail de la recourante depuis mai 2005 dans une activité adaptée, en se fondant sur le seul rapport du SMR (cf. ATF du 31 août 2007 I 65/07 et du 10 avril 2008 9C _490/07).

8. Par conséquent, la cause doit être renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise bidisciplinaire somatique et psychiatrique. Les médecins appelés à se prononcer devront notamment décrire quelles sont les limitations fonctionnelles que présente la recourante et quelles en sont les conséquences sur la capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Ceci fait, il conviendra alors d'examiner, le cas échéant, si des mesures de réadaptation entrent en ligne de compte.
9. Enfin, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, en cas d'amélioration de la capacité de gain, la rente ne peut être supprimée que si ce changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Or, dans la mesure où l'intimé a constaté que la stabilisation remonte au mois de juin 2005, il ne pouvait quoi qu'il en soit pas supprimer la rente avant le 30 septembre 2005, ce sans préjudice de ses droits futurs.
10. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.
11. La recourante, représentée par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 1'000 fr. (art. 89H al. 3 LPA, 61 let. g LPGA).
12. Un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'OCAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
statuant**

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 20 novembre 2007 en tant qu'elle supprime le droit à la rente au 30 juin 2005.
4. Dit que la recourante a droit à la rente entière d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2005, sans préjudice de ses droits futurs.
5. Renvoie pour le surplus la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
6. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Juliana BALDE

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