

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3441/2007

ATAS/212/2008

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 21 février 2008

En la cause

Madame B _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame B_____ (ci-après : l'assurée), de nationalité suisse, mariée depuis le 26 juin 1998, est titulaire d'un diplôme de secrétariat.
 2. Elle a été domiciliée à Londres de juin 1981 à octobre 1982, puis de décembre 1983 à septembre 1989.
 3. Dès le 1^{er} janvier 1990, elle a travaillé dans le domaine du secrétariat temporaire, puis comme secrétaire pour X_____ (Suisse) SA (l'employeur) du 1^{er} janvier 1991 au 31 décembre 1992.
 4. Elle a été en incapacité de travail à 100 % du 3 juin au 3 novembre 1991, puis à 50 % du 4 novembre 1991 au 8 juin 1992 et à 100 % dès le 9 juin 1992.
 5. Le 5 avril 1993, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une dysplasie de la hanche gauche présente depuis 1957.
 6. Le 15 avril 1993, l'employeur a rempli le questionnaire AI en mentionnant l'emploi de l'assurée comme secrétaire à 100 % du 1^{er} janvier 1991 au 31 janvier 1992, avec un dernier jour de travail effectif le 5 novembre 1991 pour un salaire annuel de 63'600 fr. en 1991.
 7. Le 7 mai 1993, le Service de médecine physique et rééducative de l'Hôpital Beau-Séjour a mentionné que l'assurée avait été opérée le 6 juin 1991 pour une dysplasie et luxation de l'articulation coxo-fémorale gauche (ostéotomie de varisation) par le Prof. L_____.
- Les douleurs n'ayant pas diminué, elle avait été hospitalisée de juin à novembre 1992 en rééducation, puis opérée pour enlèvement du matériel d'ostéo-synthèse en novembre 1992. Il y avait eu amélioration, mais la musculature de la hanche était atrophiée et, ayant subi une modification d'axe de fonctionnement, la rééducation était lente et difficile. L'assurée avait aussi subi quelques petits états dépressifs qui avaient été surmontés.
8. Dès le 14 juin 1993, le Prof. M_____ de la division de médecine physique et rééducative des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a attesté que l'assurée était capable de retravailler à 50 % dès le 14 juin 1993.
 9. Dès le 13 juillet 1993, elle a exercé une activité de secrétaire auprès de l'Etude COMTE, DE BAVIER & DE SENARCLENS pour un salaire mensuel de 2'800 fr. et de 3'000 fr. dès octobre 1993.

10. Par prononcé du 16 juin 1993, la commission de l'assurance-invalidité a contesté que l'assurée avait droit à une rente à 50 % du 3 juin 1992 au 31 octobre 1992, puis entière dès le 1^{er} septembre 1992. Le 30 septembre 1993, elle a réduit la rente à 50 % pour l'avenir.
11. Par trois décisions du 20 décembre 1993, la Caisse cantonale genevoise de compensation a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 31 août 1992, puis une rente entière du 1^{er} septembre 1992 au 31 janvier 1994 et une demi-rente dès le 1^{er} février 1994.
12. L'assurée a été licenciée pour le 31 décembre 1994 en raison de la restructuration du secrétariat de l'employeur qui souhaitait un poste à plein temps que l'assurée ne pouvait assumer.
13. Le 27 mars 1995, l'assurée a requis une rente d'invalidité à 100 %.
14. L'employeur a attesté le 4 avril 1995 d'un salaire réalisé par l'assurée en 1993 (juillet-décembre) de 17'638 fr. 45 et en 1994 de 28'708 fr. 35.
15. Le 28 avril 1995, le Prof. M_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il atteste d'une atteinte à la santé depuis début 1991 et d'une incapacité de travail à 100 % dès le 17 août 1994. L'assurée avait besoin de cannes. Elle souffrait de douleurs continues au niveau des hanches et de la région lombaire. La hanche droite était surmenée à force de décharger la gauche. Le licenciement de l'assurée avait coïncidé avec une recrudescence des douleurs.
16. Par décision du 22 septembre 1995, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a alloué à l'assurée une rente entière dès le 1^{er} mars 1995 en raison de l'augmentation du degré d'invalidité, avec mention d'une révision de la rente pour janvier 1997.
17. L'assurée a rempli le 12 juin 1997 le questionnaire AI pour la révision de la rente en mentionnant que son état de santé était toujours le même.
18. Le 29 janvier 1998, le Prof. M_____ a rempli un rapport médical AI en mentionnant que l'état de santé de l'assurée était susceptible d'amélioration, qu'elle avait besoin d'un traitement de mésothérapie et que l'incapacité de travail était de 100 % dès le 5 mai 1995. L'assurée avait gardé une douleur quasi permanente à la hanche gauche suite aux opérations de celle-ci, ainsi que développé des douleurs à la hanche droite.
19. Par courrier du 22 janvier 1999, l'OCAI a informé l'assurée qu'elle continuerait à bénéficier de la même rente.

20. En 2001, l'OCAI a entamé une nouvelle procédure de révision et l'assurée a indiqué le 2 mai 2001 que son état de santé était toujours le même. Elle ne pouvait pas rester longtemps assise, ni debout en raison des douleurs.
21. Par décision du 4 février 1999, l'OCAI a alloué à l'assurée une rente d'invalidité complémentaire pour conjoint.
22. Le 29 mai 2001, le Prof. M_____ a attesté que l'état de santé était stationnaire. Il relève que l'intervention chirurgicale de la hanche gauche n'avait pas été un succès, que progressivement était apparue une détérioration de la mobilité de la hanche et des fonctions de la marche. Grâce au traitement, il n'y avait pas eu d'aggravation. Elle subissait encore des douleurs avec des limitations de la mobilité.
23. Par communication du 20 juin 2001, l'OCAI a informé l'assurée qu'elle continuerait à bénéficier de la même rente.
24. Par décision du 20 janvier 2004, l'OCAI a alloué, de plus, une rente complémentaire par enfant dès le 1^{er} mai 2003, suite à l'adoption par l'assurée et son époux d'un enfant en 2001.
25. En 2004, l'OCAI a entamé une nouvelle procédure de révision et le 15 juin 2004, l'assurée a attesté que son état de santé s'était aggravé depuis fin 2002, en raison de douleurs plus intenses, diminution du périmètre de marche, impossibilité de rester dans la même position et nécessité de se déplacer avec deux cannes.
26. Le 6 juillet 2004, le Prof. M_____ a attesté que l'état de santé était resté stationnaire, avec cependant plus de difficultés à se déplacer. Elle avait été soignée à la Clinique de la douleur. Les douleurs persistaient malgré de nombreux traitements et il y avait une difficulté à se déplacer et une diminution du périmètre de marche.
27. Le 14 septembre 2004, le Prof. M_____ a répondu à une demande de renseignements médicaux du SMR Léman. Il indique que l'assurée présente une atteinte sévère de la hanche gauche suite à l'opération de 1991. La hanche reste très douloureuse de façon chronique. Il indique : *"Cette coxarthrose gauche a pour conséquence un syndrome myofacial et une dysfonction sacro-iliaque bilatérale. Il existe de plus une ostéoporeuse sous-jacente chez une patiente substituée actuellement par une hormonothérapie. Par ailleurs, le fait d'avoir essayé de protéger la hanche gauche de toutes charges a provoqué une surutilisation de la hanche droite qui est également douloureuse. La patiente ne peut pas rester plus de 10 minutes en position assise. Elle marche en boitant. Elle utilise une canne ce qui a d'ailleurs aussi une répercussion sur l'épaule droite due à la surcharge de cette articulation. (...) Etant donné les problèmes douloureux que subit la patiente et qui sont en relation avec la clinique et des signes objectifs tels que nous les avons*

décrits, il me semble difficile d'évaluer une capacité de travail théorique. (...) Il n'y avait pas de point de fibromyalgies, mais la coxarthrose gauche, syndrome myofacial et la dysfonction sacro-iliaque bilatérale à l'origine des douleurs handicapantes présentées par cette patiente qui déploie une énergie impressionnante et des ressources conséquentes pour maintenir une bonne qualité de vie. Les examens neuro-physiologiques n'ont pas mis en évidence de sensibilisation centrale ni de lésion neurologique périphérique et écarte une épine irritative neurogène dans ce contexte".

28. Le 12 octobre 2004, le Dr N_____, médecin adjoint au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, a indiqué qu'il avait rencontré le patient à deux reprises et renvoyait au Prof. M_____ pour plus de renseignements.
29. Le 24 janvier 2005, le Dr O_____, FMH chirurgie orthopédique, a mentionné une intervention le 7 janvier 2005 et un séjour de la patiente du 6 janvier au 24 janvier 2005 aux HUG, suivi d'un transfert à la Clinique Beau-Séjour.
30. Le 15 février 2005, le Dr P_____ du Service de rééducation des HUG a attesté qu'elle avait été opérée d'une prothèse de la hanche gauche sur coxarthrose le 7 janvier 2005 et qu'elle était très algique lors de la mobilisation.
31. Le 24 février 2005, le Dr Q_____, médecin adjoint au Service de réadaptation des HUG, a attesté que l'assurée avait séjourné dans le Service de rééducation des HUG du 24 janvier au 15 février 2005. Les douleurs avaient diminué depuis l'opération.

Il relève qu'au terme de son séjour, l'assurée marche à l'aide de deux cannes anglaises avec une charge partielle selon douleurs et qu'il persiste des douleurs résiduelles au niveau du pli de l'aîne gauche et des faces latérale et postérieure de la hanche gauche.

33. Le 25 mai 2006, le Dr Q_____ a rendu un rapport médical. Il diagnostique une prothèse totale de hanche gauche (7 janvier 2005) pour coxarthrose invalidante; status après ostéotomie de varisation du fémur gauche (1991) sur dysplasie congénitale de hanche gauche. Des douleurs en barre au niveau des deux fessiers étaient réapparues entraînant une marche lente avec une paire de cannes. L'assurée avait dû cesser son traitement médicamenteux en raison d'épigastralgies. Il lui était conseillé de travailler la marche en piscine, de faire de la mésothérapie, de l'acupuncture et un régime avec son médecin-traitant.
34. Le 27 mai 2005, le Dr Q_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique des cruralgies à prédominance gauche chroniques; status post-ostéotomie de varisation du fémur gauche (1991) sur dysplasie congénitale de hanche gauche; status après prothèse totale de hanche gauche (7 janvier 2005) pour

coxarthrose invalidante. Il suivait l'assurée depuis le 10 février 2003 en intermittence. Elle était en incapacité totale de travailler dès le 24 janvier 2005. Depuis 2001, il y avait eu une nette augmentation et changement des douleurs, coïncidant avec une infection à cyto-mégalo-virus. Il y avait une diminution de l'effet de la mésothérapie et de la médication. L'assurée nécessitait l'aide de son mari dans les tâches ménagères. Il y avait une diminution de rendement. On pouvait exiger de l'assurée une diminution pondérale, le poids jouant un rôle dans les myalgies, mais aucune autre activité n'était pas exigible.

36. Le 14 juin 2005, le Dr Jean-Claude O_____, FMH chirurgie orthopédique, a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique une coxarthrose gauche invalidante; status après ostéotomie de varisation en 1991, ablation de matériel faite; status après arthroplastie par prothèse totale de la hanche gauche le 7 janvier 2005; lombalgies basses chroniques; syndrome myofascial hanche gauche (fessiers tenseurs); dysfonction sacro-iliaque des deux côtés; status après ulcère sur AINS; migraines ophtalmiques. L'état de l'assurée s'améliorait très lentement. Il suivait l'assurée depuis septembre 2004 et relève que l'évolution après l'intervention de janvier 2005 est lentement favorable, mais de loin pas terminée, qu'elle sera encore bien longue et qu'il faudra sûrement attendre le printemps 2006 avant de pouvoir se prononcer de façon plus définitive et que d'ici là, une reprise de travail ne lui paraît pas réaliste.
37. Le 26 juillet 2005, le Dr Q_____ a rendu un rapport médical suite à une consultation du 26 juillet 2005. Il relève que la patiente va mieux et qu'elle souffre de douleurs minimales au niveau du membre inférieur gauche, de douleurs en barre au niveau du dos, essentiellement en passant de la position assise à la position debout et de douleurs au pli inguinal droit en position assise prolongée. A domicile, elle marche sans canne. L'arrêt de travail théorique était de 100 %.
38. Le 30 août 2005, le Dr R_____ du SMR a estimé, que sur le plan somatique, la situation était stable et proposé un examen bidisciplinaire au SMR.
39. Le 20 février 2007, les Drs S_____, FMH médecine interne et rhumatologie, et S. VECERINA, FMH du SMR psychiatrie, ont rendu un rapport médical.

Ils relève que l'assurée se plaint de douleurs diffuses aux quatre membres, d'inguinalgies, de douleurs continues de la jambe gauche et de la région lombaire, de pygioinguinalgies gauches et de lombalgies au repos, augmentant à la marche et en position assise. Elle s'allonge en cas de douleurs trop importantes. Elle signale aussi un dérouillage matinal rachidien et articulaire généralisé d'une demi-heure à une heure, des gonalgies au repos et à la marche, des cervico-scapulo-brachialgies bilatérales avec vertiges et vomissements, de la fatigue et une intolérance aux bruits. Elle mentionne des douleurs de la hanche irradiant dans le corps entier qui est douloureux, même juste à la pression digitale sur la peau.

L'assurée exerce des activités bénévoles dans le domaine de l'adoption et suit des cours de peinture et de confection d'albums de photos. Elle prépare le repas et assume parfois les travaux de lessive.

Le diagnostic de dysplasie de la hanche gauche avait été posé à l'âge de deux ans. Elle avait passé six mois à Zurich, plâtrée. Elle n'avait pas pu faire de sport durant l'enfance. Elle avait eu des épisodes dépressifs dans le contexte de licenciements et suite aux complications de son opération en 1991.

Ils posent les diagnostics suivants : Avec répercussion sur la capacité de travail : *"lombo-pygino-inguino-cruralgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques du rachis, d'une discrète dysplasie de la hanche D et d'un status satisfaisant après pose d'une prothèse de la hanche G pour coxarthrose sur dysplasie de hanche M 54.4, Q 65.8, M 16.5; syndrome rotulien D. M 22.2"*. Sans répercussion sur la capacité de travail : *"discrète arthrose nodulaire des doigt. M 19.0; fibromyalgie M 79.0; obésité; status après éléments dépressifs d'allure réactionnelle, actuellement rémission (F 43.21)"*.

Il constate que l'appréciation psychiatrique met en évidence une femme de bonne constitution psychique, qui ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail. Dans la situation actuelle, il n'y a aucun signe de dépression ni de séquelles d'un épisode dépressif d'intensité sévère. Face aux antécédents de l'assurée, la composante dépressive réactionnelle relatée par celle-ci est tout à fait crédible et vraisemblable. Toutefois, le premier épisode ayant déjà été consécutif à une perte d'emploi et ayant totalement guéri lorsque l'assurée a repris une activité professionnelle, il ne peut en aucun cas être considéré comme une atteinte invalidante à la santé. Les épisodes dépressifs suivants sont corrélés à la symptomatologie douloureuse de l'assurée. Leur caractéristique réactionnelle et l'absence de séquelles permettent de considérer qu'elles font partie du tableau douloureux chronique. Face à la problématique douloureuse chronique de l'assurée, il n'y a donc pas de comorbidité psychiatrique à caractère invalidant. Les affections corporelles chroniques sont décrites dans le versant somatique de l'examen. Le processus maladif s'étend depuis de nombreuses années, vraisemblablement depuis 1991. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Bien au contraire, l'assurée mène une vie sociale riche et est active au domicile, notamment par sa vie associative. L'assurée accomplit pleinement son rôle de mère. Le bénéfice primaire tiré de sa maladie pourrait être éventuellement mis en corrélation avec la dynamique conjugale, l'assurée n'ayant plus travaillé à plein temps depuis qu'elle a rencontré son mari. Il n'y a pas d'échec de traitement conforme aux règles de l'art puisque l'assurée n'a pas de suivi psychiatrique et ne prend actuellement aucun médicament psychotrope.

Ils citent les limitations fonctionnelles suivantes :

"Membres inférieurs : pas de position debout prolongée de plus d'une heure, pas de marche supérieure à une heure, pas de genuflexions répétées, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers, pas de marche en terrain irrégulier.

Rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, pas de port régulier de charges d'un poids excédant douze kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc".

Il y a une incapacité de travail de 50 % depuis juin 1991, puis de 100 % depuis 1995. Par contre, depuis mi-juillet 2005, soit six mois après la pose de la prothèse de hanche totale, la capacité de travail est de 80 % en raison d'une baisse du rendement au maximum de 20 % liée aux contraintes des limitations fonctionnelles tant dans l'activité de secrétaire que dans toute autre activité adaptée. Effectivement, la pose de cette prothèse de hanche a bien réussi et il n'y a actuellement aucun signe de descellement, ni de complication primaire ou secondaire. D'ailleurs, l'assurée a une mobilité de la hanche gauche satisfaisante. Par ailleurs, les diverses pathologies ostéoarticulaires n'entraînent que des limitations fonctionnelles qui sont tout à fait respectées par la profession habituelle de secrétaire.

Le 14 mars 2007, le Dr R_____ a estimé une capacité de travail de 80 % depuis juillet 2005.

40. Par projet de décision du 30 avril 2007, l'OCAI a décidé de supprimer la rente d'invalidité de la recourante.
41. Le 4 mai 2007, le Dr T_____, FMH médecine interne, a écrit à l'OCAI qu'il avait repris en charge l'assurée depuis le 31 janvier 2006 et requis une copie du dossier médical.
42. Le 23 mai 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI que si son état s'était progressivement amélioré depuis l'opération de janvier 2005, il ne lui permettait pas de travailler à 80 %. En revanche, une reprise professionnelle à 40 % pour commencer lui paraissait possible et elle sollicitait l'aide du Service de réadaptation professionnelle.

Elle a transmis les avis médicaux suivants :

- Un avis du Dr T_____ du 18 mai 2007 selon lequel si la mise en place de la prothèse est un succès du point de vue mécanique, elle laisse subsister un important état douloureux. Le Dr Q_____ avait d'ailleurs maintenu l'incapacité de travail à 100 % en juillet 2005. L'état douloureux chronique était insuffisamment pris en compte par le SMR en raison de la fatigabilité qu'il

entraînait. Une activité de secrétaire six heures par jour cinq jours par semaine ne tenait pas compte de l'état global de la santé de la patiente.

- Un avis du Dr U_____, FMH médecine interne, maladies allergiques SSAI, acupuncture ASA du 21 mai 2007, selon lequel il traitait la patiente à domicile par acupuncture depuis trois ans et connaissait les grandes difficultés de sa vie quotidienne. Elle ne pouvait mener une vie normale, les simples tâches domestiques étaient réalisées au prix de grands efforts, les douleurs étaient toujours présentes et la hanche droite devrait probablement être opérée à moyen terme. Son incapacité de travail était d'au moins 50 %, une activité professionnelle, de préférence à domicile, étant possible.
 - Un avis du Dr O_____ du 22 mai 2007 selon lequel il suivait l'assurée depuis l'automne 2004 et avait continué à la voir régulièrement depuis l'opération de 2005. Le 7 juin 2005, il avait noté que la patiente restait très fatigable, que la station monopodale gauche était difficile et qu'elle avait des douleurs en se relevant d'assise, et en septembre 2005 qu'elle continuait de marcher avec une canne à l'extérieure et avait des douleurs en se relevant d'assise et à la hanche droite. Il n'était pas réaliste de fixer une capacité de travail de 80 % en juin 2005, sans avoir examiné la patiente à cette époque. Il avait revu la patiente en mai 2006. L'évolution de la prothèse gauche était favorable, mais la patiente se plaignait d'autres douleurs du rachis lombaire bas, parfois de la hanche droite. La capacité de travail exigible était de 50 % au plus, avec augmentation possible selon l'évolution, mais probablement jamais complète.
43. Le 25 juin 2007, le Dr V_____ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas de fait nouveau depuis l'avis médical du SMR.
44. Par décision du 18 juillet 2007, l'OCAI a supprimé la rente de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision et supprimé l'effet suspensif au recours. Sur demande de l'assurée, une aide au placement pouvait être octroyée.
45. Le 25 juillet 2007, le Dr O_____ a écrit à l'OCAI que sa décision était légère et irréfléchie, la patiente n'ayant pas été vue en 2005. Actuellement, la patiente ne pouvait reprendre le travail qu'à 50 % au plus puis, selon l'évolution, augmenter le taux.
46. Le 6 août 2007, le Dr Q_____ a relevé que la première consultation de la patiente datait du 10 février 2003 pour cruralgies antéro-latérales gauches invalidantes, puis en 2005 suite à l'intervention à la hanche. Il avait maintenu en juillet 2005 l'arrêt de travail à 100 % en raison d'une limitation de la marche, essentiellement en endurance et proposé une cure balnéaire. Fin 2005 et début 2006, on constatait quelques progrès, sans autonomie suffisante pour une reprise du travail. Les consultations de 2006 étaient centrées sur une autonomisation

progressive pour gérer la douleur et augmenter ses fonctions. Ayant suivi la patiente depuis plusieurs années, il n'adhérait pas aux conclusions du SMR, en particulier s'agissant d'une capacité de travail à 80 %. Il poursuit :

"En effet, même si l'intervention chirurgicale était nécessaire et a apporté un bienfait à la patiente, on s'aperçoit que la longue période de mise au repos de cette hanche avant la mise en place de la prothèse l'a affaiblie. Ceci est confirmé par l'hospitalisation du début de l'année 2005.

Ayant également suivi cette patiente au long cours, je rejoins l'avis de mes collègues concernant une reprise de travail partielle qui serait bénéfique pour Madame B_____. Celle-ci se devra se faire de façon progressive et accompagnée. Afin de spécifier les limitations précises, j'ai demandé une évaluation par nos ergothérapeutes, qui vous parviendra sous peu".

47. Le 27 août 2007, les Drs W_____ et Y_____ du Service de rhumatologie des HUG ont rendu un rapport médical pour évaluer le diagnostic de fibromyalgie. Ils posent les diagnostics suivants :

*"Limitation fonctionnelle et douloureuse de la hanche gauche.
Périarthrite de hanche bilatérale.
Syndrome fémoro-patellaire droit.
Tendinopathie bilatérale de la coiffe des rotateurs."*

Ils relèvent que "les plaintes de la patiente sont relativement bien ciblées. Elles concernent avant tout des douleurs mécaniques continues de la hanche gauche, exacerbées par la marche prolongée et les mouvements de flexions extrêmes. A cela s'ajoute une douleur plus diffuse et superficielle de la péri-hanche. Du côté droit, des symptômes très similaires, mais d'intensité moindre sont rapportés. Mme B_____ mentionne en outre une limitation fonctionnelle douloureuse des épaules lors des mouvements répétés au-delà du plan de l'horizontal et une gonalgie mécanique droite. Des lombalgies basses de caractère mécanique sont également rapportées, particulièrement invalidantes lors du maintien statique de la position assise et debout".

Il n'y avait pas d'arguments en faveur d'une fibromyalgie mais la patiente présentait une limitation fonctionnelle douloureuse de la hanche gauche relativement invalidante, une péri-arthrite de hanche bilatérale et un syndrome fémoro-patellaire du genou droit. Aux membres supérieurs, ils retiennent des lésions de surcharge bilatérale de la coiffe des rotateurs, à prédominance droite.

48. Le 31 août 2007, le Dr Q_____ a transmis à l'avocat de l'assurée le rapport d'ergothérapie du 27 août 2007.

Celui-ci relève que l'assurée se plaint de douleurs permanentes au niveau des cervicales et des lombaires, de migraines pouvant engendrer des vomissements, de

vertiges, de troubles du sommeil et de fatigue. Le rapport conclut que "Mme B_____ a été compliant et collaborante durant l'évaluation. Elle a exécuté toutes les activités demandées. Mme B_____ semble avoir du mal à gérer ses douleurs qui entravent la position assise mais également la position debout. Il est à noter que cette dernière est moins longtemps supportée. Lors des différentes activités, elle paraît avoir une sensibilité exacerbée et ses yeux se remplissent facilement de larmes. Elle nous apparaît très vulnérable au niveau émotionnel. Il est indéniable qu'elle a un déconditionnement physique et que son endurance est très limitée. D'autre part, après tant d'années d'interruption de travail, une remise à niveau des connaissances est indispensable. Une reprise professionnelle, à temps partiel, ne peut être envisageable qu'à certaines conditions :

- Adaptation du poste de travail.
- Reconditionnement physique (en tenant compte de ses limitations).
- Remise à niveau professionnelle.

Il nous semble primordial que ces conditions soient mises en place afin d'optimiser les chances d'une reprise professionnelle"

49. Le 12 septembre 2007, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'OCAI du 18 juillet 2007 en concluant au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision.

Elle fait valoir que l'appréciation du SMR était manifestement erronée compte tenu des avis des médecins-traitants et du rapport de service d'ergothérapie des HUG, lesquels étaient concordants. Par ailleurs, le diagnostic de fibromyalgie posé par le SMR était erroné. Elle était d'accord de se soumettre à un reclassement professionnel et, sans celui-ci, son invalidité était toujours de 100 %. Elle ne voyait pas d'objection à se soumettre à une expertise médicale. Le reconditionnement physique et la remise à niveau professionnelle devaient être pris en charge par l'AI. Elle requérait préparatoirement l'audition des Drs Q_____, Z_____, T_____, O_____ et Madame C_____, ergothérapeute aux HUG, ainsi qu'en cas de besoin la mise sur pied d'une expertise médicale.

50. Le 11 octobre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que le diagnostic de fibromyalgie a simplement été avancé en raison de douleurs de divers points typiques et qu'il ne s'agit pas au sens strict d'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux, que par ailleurs, les médecins-traitants n'amènent pas d'éléments médicaux concrets pouvant mettre en doute l'avis du SMR que la décision attaquée ne concernait que la suppression de la rente, et qu'un reclassement professionnel n'était pas nécessaire dès lors que cette activité était toujours adaptée, mais des mesures comme l'adaptation du poste de travail, un réentraînement au travail, voire une mise à niveau des connaissances, n'avaient pas encore été examinées et que des décisions correspondantes seraient rendues ultérieurement.

51. Le 2 janvier 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise à la Dresse A_____, FMH médecine interne rhumatologie, et leur a communiqué la mission d'expertise pour toute observation.
52. Le 17 janvier 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité a déclaré approuver le nom de l'expert, ainsi que la mission, en se fondant sur un avis du SMR du 16 janvier 2008.
53. Le 14 janvier 2008, la recourante a considéré que l'expert devait disposer de qualifications dans les domaines de la traumatologie de l'appareil locomoteur, en particulier un titre de médecine physique et réadaptation orthopédique.
54. Le 7 février 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait finalement confier l'expertise à la Dresse LL_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation.
55. Les parties ont accepté cette expertise par courriers du 18 février 2008.

EN DROIT

1. 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.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 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 suppression de la rente d'invalidité de la recourante a été prononcée le 12 juillet 2007. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. 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 30 avril 2007, qui a été confirmé par la décision du 18 juillet 2007, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 12 septembre 2007.

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).

4. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la suppression du droit à la rente d'invalidité de la recourante.

5. 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).

6. 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).

7. 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).

8. 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)

9. En l'espèce, le SMR a conclu que la recourante avait une capacité de travail de 80 % depuis juillet 2005. Or, l'estimation de la capacité de travail de la recourante a été évaluée au maximum à 50 % par les Drs U_____ (avis du 21 mai 2007), O_____ (avis du 22 mai 2007) et Q_____ (avis des 6 et 30 août 2007). Par ailleurs, le Dr T_____ a contesté la capacité de travail de 80 % fixée par le SMR en estimant qu'elle ne tenait pas compte de l'état de santé global de la recourante (avis du 18 mai 2007) et le rapport d'ergothérapie du 27 août 2007 mentionne qu'une reprise professionnelle est possible seulement à temps partiel et à certaines conditions.
10. Au vu de ce qui précède, il convient d'ordonner une expertise médicale en vue de fixer la capacité de travail de la recourante, laquelle sera confiée à la Dresse LL_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, rue du 31-Décembre 70, 1207 Genève.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse LL_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Madame B_____
 - c. Examiner Madame B_____
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse du cas ?
 - f. Que est le status détaillé ?
 - g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Madame B_____? Comment cette atteinte a-t-elle évolué ?
 - h. Compte tenu de votre diagnostic, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? En particulier, Madame B_____ pourrait-elle exercer le métier de secrétaire ? A quel taux et depuis quelle date ?
 - i. L'état de santé de Madame B_____ s'est-il amélioré à la suite de l'opération de la hanche gauche de janvier 2005 ? En cas d'amélioration de l'état de santé de Madame B_____, depuis quand existe-t-elle et le cas échéant entraîne-t-elle une capacité de travail ? Si non, pourquoi ?
 - j. Etes-vous d'accord avec les conclusions du rapport d'ergothérapie du 27 août 2007 selon lesquelles une reprise professionnelle nécessiterait une adaptation du poste de travail, un reconditionnement physique et une remise à niveau professionnelle ?

- k. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 18 juillet 2007 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
 - l. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
 - m. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

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