

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3666/2007

ATAS/585/2008

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6
du 19 mai 2008

En la cause

Madame C_____, domiciliée au Lignon, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Mme C _____ (l'assurée), de nationalité suisse, est titulaire d'un certificat de secrétariat de l'école REYMOND depuis 1981.
2. Elle a exercé plusieurs emplois de secrétaire jusqu'en 1989, date à laquelle elle a cessé de travailler en raison de dorso-lombalgies.
3. Le 12 novembre 1993, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
4. Le 20 mars 1994, le Dr L _____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il atteste d'un état anxio-dépressif avec somatisation multiple, hypertension, alopecie, anorexie interm., thoracalgies, dorsalgies, verrue plantaire. Il traitait la patiente depuis le 1^{er} novembre 1991, laquelle n'avait plus travaillé régulièrement depuis 1983.
5. Le 1^{er} juillet 1994, le Dr M _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI attestant d'une incapacité de travail totale depuis 1989.

L'assurée présentait depuis une date très ancienne une dépression majeure et un trouble d'anxiété généralisée (DSM-III-R), ainsi qu'un trouble de la personnalité évitante, avec des traits de personnalité dépendante, ayant entraîné un handicap social et professionnel grave. En plus, elle souffrait d'une alopecie frontale qui renforçait sa tendance à l'isolement et au repli, d'une anorexie mentale en rémission partielle et d'ostéoporose. Elle présentait un handicap considérable, incompatible avec une activité professionnelle.

6. Le 4 juillet 1994, Mme D _____, assistante sociale aux Institutions universitaires de psychiatrie de Genève, a déclaré appuyer les rapports médicaux des Drs M _____ et L _____ et affirmé qu'il n'était absolument pas envisageable que l'assurée reprenne pour l'instant un travail.
7. Par décision du 13 octobre 1994, la caisse cantonale genevoise de compensation a alloué à l'assurée, suite à la communication du secrétariat de la commission AI du 24 août 1994, une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 1992.
8. Le 21 février 1999, l'assurée a épousé M. E _____, né le 26 juillet 1963. De cette union sont nés deux enfants, en 1999 et en 2000.
9. En 2005, l'OCAI a entamé une procédure de révision.
10. L'OCAI a requis des renseignements auprès du Dr M _____, lequel était toutefois décédé en mai 2003.

11. Le 21 juin 2006, le Dr N_____, chef de clinique à l'unité de psychiatrie de liaison ambulatoire et polycliniques des HUG, a repris le dossier traité par le Dr M_____ et rempli un rapport médical AI. Il relève qu'il y a une amélioration depuis plusieurs années, car l'assurée ne présentait plus aucun diagnostic psychiatrique, mais uniquement un diagnostic orthopédique à évaluer. Il n'y avait pas d'incapacité de travail en raison d'un trouble psychiatrique. Elle présentait seulement une fragilité émotionnelle avec réactions anxieuses facilitées. Elle avait pu reconstruire un environnement social. Une mesure de réadaptation professionnelle était nécessaire, car l'assurée n'était plus à niveau dans sa profession de secrétaire.
12. A la demande de l'OCAI, le Dr O_____, FHM rhumatologie-médecine interne-médecine manuelle, a rendu un rapport d'expertise le 30 octobre 2006, fondé notamment sur un examen clinique de l'assurée du 26 octobre 2006.

Celle-ci avait chuté de sa hauteur en juillet 1995 et subi une fracture du condyle fémoral externe gauche avec une intervention et une hospitalisation de 4 mois aux HUG. Elle souffrait d'un pied tombant et d'une ankylose du genou gauche. Elle s'était plainte dès 1997 de dorso-lombalgies basses et de cervico-brachialgies chroniques. Elle mentionnait aussi des gonalgies gauches et coxalgies gauches depuis 2005.

Le Dr O_____ pose les diagnostics suivants :

- avec répercussion sur la capacité de travail : syndrome dorso-lombaire récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, gonalgies gauches récurrentes (status post-fracture du condyle externe gauche ostéosynthésée en 1995, gonarthrose tri-compartmentale), ostéoporose avec hypo-oestrogénisme anamnestique en 1988;
- sans répercussion sur la capacité de travail : status post-anorexie mentale et dépression majeure, status post-trouble de l'anxiété généralisée et trouble de la personnalité évitante avec traits de personnalité dépendante de 1982 à 1995, status post-ablation d'un kyste de la parotide en 1979.

Du point de vue rhumatologique, l'assurée disposait depuis 1997 d'une capacité de travail comme secrétaire de 80 % et, après un traitement de thérapie manuelle avec mobilisation douce progressive, d'ici 3 mois, de 90%, voire 100%. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 %.

L'assurée présentait une limitation fonctionnelle comportant les stations debout et assises prolongées de plus de 1 heure, les mouvements en porte à faux avec long bras de levier, les activités au-dessus de l'horizontal et le port de lourdes charges au-dessus de 5 kg. L'impotence fonctionnelle résidait essentiellement dans le

déconditionnement physique et l'amyotrophie du membre inférieur, ainsi que du vécu douloureux chronique qui restait cependant modéré.

13. Le 7 juin 2007, la Drsse P_____, du SMR, a retenu que l'assurée avait une capacité de travail comme secrétaire de 80%, taux pouvant être augmenté après une prise en charge médicale.
14. Par projet de décision du 11 juin 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée.
15. Le 18 juin 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis 10 ans, mais péjoré en raison de la fracture de sa jambe gauche et des complications au genou, une jambe plus courte, des douleurs au dos et à la hanche. Elle souffrait de séquelles de son anorexie.
16. Le 20 août 2007, la Dresse P_____ a estimé que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments en faveur d'une aggravation de son état de santé ou d'une nouvelle atteinte.
17. Par décision du 27 août 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée.
18. Le 28 septembre 2007, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) en concluant à son annulation.

Dès sa chute, les problèmes physiques étaient passés au premier plan. Les examens ordonnés par le Dr O_____ étaient superficiels et les données fournies dans son rapport souvent fausses. En particulier, il était erroné de dire qu'elle marchait sans boiterie et qu'elle pouvait sauter sans douleur. Elle souffrait de douleurs constantes au niveau des épaules, du dos et de la jambe gauche. Elle aurait dû être examinée par un orthopédiste.

19. Le 6 novembre 2007, le Dr Q_____, FMH chirurgie orthopédique, a rendu un rapport médical à la suite d'un bilan orthopédique de la recourante effectué les 2 et 5 novembre 2007. Il retient les diagnostics de status après ablation d'un kyste de la parotide droite en 1979, status après anorexie mentale et dépression, ostéoporose avec hypoestrogénisme anamnestique en 1988, status après fracture spontanée du condyle fémoral externe gauche en 1995, multiples reprises et troubles neurologiques du MIG, début de coxarthrose gauche, suspicion de fibromyalgie.

La patiente avait, à la suite de sa fracture, des douleurs constantes du genou gauche, migrantes, un raccourcissement fonctionnel du MIG et un varus important ne permettant qu'une marche contrôlée, limitée à 30 minutes et la conduite automobile limitée à 1 h. L'instabilité du genou était présente à chaque pas.

Il poursuit ainsi : "S'y ajoutent des troubles neurologiques qui laissent le membre inférieur en rotation externe en décubitus dorsal, une diminution de la force de flexion dorsale du pied gauche, du premier orteil gauche et une hyperesthésie du dos du pied gauche. Cette déformation en varus et le raccourcissement fonctionnel sont également responsables de l'attitude scoliotique non structurelle et, dans une certaine mesure, du début de coxarthrose gauche. Contrairement à ce que dit l'expert, il n'y a pas de coxalgie, ce terme étant destiné à la tuberculose de la hanche. (Le terme de gonalgie, en revanche, est juste.) Il faut encore ajouter une importante fatigue généralisée, des raideurs matinales, des cervicodorsolombalgies, des douleurs des deux épaules et des points douloureux qui laissent à penser qu'il existe également une fibromyalgie, syndrome polyarthralgique et accompagné de douleurs à la pression cutanée, qu'il faut soumettre à un rhumatologue. L'expert rhumatologue n'a pas retenu ce diagnostic, mais y a fait allusion. De plus, la patiente n'a pas travaillé depuis 1990 et une réinsertion professionnelle pourrait être un échec, car l'ensemble des diagnostics (hormis le kyste de la parotide) est à mettre sur le compte de l'anorexie mentale, qui a causé une ostéoporose pathologique pour l'âge, la fracture complexe et son cortège de symptômes et de handicap. La patiente semble soulagée par une genouillère. Au besoin, une orthèse plus rigide, mais forcément plus contraignante, pourrait être indiquée pour le genou gauche. A terme, une prothèse avec réaxation du genou gauche sera hautement problème, au vu des douleurs engendrées par l'arthrose. Vous trouverez ci-joint le rapport du rhumatologue concernant la fibromyalgie qu'il ne retient pas et un rapport supplémentaire du même rhumatologue."

20. Le 5 décembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours, l'expertise du Dr O _____ ayant pleine valeur probante.
21. Les 12 décembre 2007 et 25 janvier 2008, le Dr R _____ a rendu un rapport médical dans lequel il écarte le diagnostic de fibromyalgie et se déclare, en l'état, d'accord avec le diagnostic du Dr Q _____ du 6 novembre 2007 et son appréciation des problèmes orthopédiques du genou gauche et leurs conséquences.
22. Le 4 février 2008, la recourante a requis l'ordonnance d'une expertise judiciaire somatique ou la confrontation des Drs S _____ et Q _____.
23. Le 25 février 2008, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré :

"Je suis actuellement uniquement suivie par le Dr Q _____ que j'ai vu pour la dernière fois à la fin de l'année 2007. Il m'a annoncé que je devrai vraisemblablement me faire opérer, soit mettre une prothèse au genou, opération que je devrai faire faire. pour des raisons de couverture d'assurance, par un autre médecin. Je m'estime entièrement incapable de travailler en raison des douleurs

constantes aux épaules, bas du dos, dos, hanches et genoux, qui sont survenues après mon accident, étant précisé que mon état s'est également dégradé en raison de l'ostéoporose survenue à la suite de mon anorexie mentale. Mon état se dégrade, notamment par l'augmentation des douleurs, par exemple celles à la hanche survenues depuis une année en raison d'arthrose. J'estime ne pas pouvoir effectuer une activité, même adaptée, dès lors que je vis déjà une vie au ralenti, sans objectifs précis dans la journée, en gérant mes douleurs. Je me lève vers 7h30-8h00, je fais un peu de ménage et des courses légères, étant précisé que je ne peux rien porter de lourd. Je me promène un peu car cela entraîne des douleurs. S'agissant de l'expertise du Dr O _____, j'ai relevé certaines erreurs, notamment lorsqu'il indique que je suis capable de marcher sur les talons ou que je me plais à rester à la maison. Je n'ai jamais accepté mon anorexie. Il est difficile pour moi de dire si l'expertise du Dr T _____ correspond à la réalité. Je signale aussi que depuis mi-2007, j'ai du psoriasis qui sort par crises autour des yeux".

Elle a requis l'ordonnance d'une expertise psychiatrique.

24. A la demande du Tribunal de céans, le Dr Q _____ a rendu un avis médical le 12 mars 2008 dans lequel il indique que la recourante souffre continuellement de dorsolombalgies, douleurs et grosse déformation du genou gauche, très instable, et d'une malrotation du membre inférieur et du pied gauches résultant de la fracture du genou, elle-même résultant de l'anorexie mentale. La patiente ne parvient qu'avec peine à effectuer ses tâches journalières et aura besoin à moyen terme d'une prothèse du genou. Il relève que l'expert O _____ ne mentionne pas la très importante déformation instable du genou et cite à tort une coxalgie. En outre la gonalgie était sous estimée. La capacité de travail de la patiente est nulle de manière définitive, dans n'importe quelle activité, depuis 1990. Enfin, l'avis d'un expert psychiatre serait utile.
25. Le 28 avril 2008, le Dr R _____ a rendu, à la demande du Tribunal de céans, un avis médical. Il mentionne qu'il est d'accord avec l'appréciation de la capacité de travail du Dr O _____, moyennant une prolongation du délai de trois mois cité par cet expert. Les diagnostics mentionnés dans l'expertise étaient compatibles avec une reprise du travail. Contrairement à ce qui était rapporté dans l'expertise, la patiente disait se sentir fragile et fatiguée, avoir des troubles du sommeil mais beaucoup mieux sur le plan psychologique. Il ne pensait pas que l'on puisse retenir un syndrome fibromyalgique.
26. Le 6 mai 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise à la Dresse U _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
27. Le 14 mai 2008, l'intimé a déclaré approuver l'experte et la mission d'expertise.

28. Le 15 mai 2008, la recourante a observé qu'elle ne comprenait pas les questions 5a et 5b de la mission d'expertise et a requis l'ajout de deux questions complémentaires.

EN DROIT

1. 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 de suppression de la rente d'invalidité de la recourante est datée du 27 août 2007. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

2. 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 11 juin 2007, qui a été confirmé par la décision du 27 août 2007, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 28 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).

3. L'objet du litige porte sur le bien fondé de la suppression de la rente d'invalidité de la recourante, en particulier sur le point de savoir si l'état de santé de celle-ci s'est amélioré depuis la décision d'octroi de la rente d'invalidité.
4. 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).
5. 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).

6. 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).

7. 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 1er 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'invalidé 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).

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. 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).

10. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic

séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en

Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

11. En l'espèce, le Dr Q_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a contesté les conclusions du Dr O_____, elles-mêmes confirmées par le Dr R_____, en relevant notamment que l'expert n'avait pas mentionné l'importante déformation instable du genou de la recourante et évoquait une coxalgie qui ne s'appliquait pas à cette dernière. Il a appuyé les plaintes de la recourante, mentionnées également lors de l'audience de comparution personnelle du 25 février 2008 et a estimé que la capacité de travail de sa patiente était nulle.

Au vu de ces avis médicaux contradictoires, le Tribunal de céans estime qu'une expertise judiciaire rhumatologique est nécessaire. En revanche, une expertise psychiatrique n'apparaît pas en l'état justifiée. Le rapport d'expertise du Dr N_____ n'ayant pas été contesté par la recourante et celle-ci invoquant principalement des problèmes physiques invalidants.

12. La recourante a contesté la pertinence des questions 5a et 5b. Celles-ci se rapportent cependant aux critères jurisprudentiels précités (consid. 9) et seront en conséquence maintenues. En revanche, la question de la perte d'intégration sociale sera supprimée dès lors qu'elle relève d'une évaluation plus psychiatrique que somatique. Enfin, trois questions 5d, 5e et 5f nouvelles seront ajoutées.
13. Cette expertise sera confiée à la Dresse U_____, médecin spécialiste en rhumatologie, à 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 U_____. 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 Mme C_____.
 - c. Examiner Mme C_____ et effectuer tout examen radiologique utile.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 2. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 3. Quels sont vos diagnostics ?
 4. L'état de santé de Mme C_____ s'est-il modifié depuis le 13 octobre 1994 ? Si oui, comment ? En particulier l'état de santé s'est-il amélioré ? Si oui, cette amélioration entraîne-t-elle une capacité de travail ?
 5. Existe-t-il en particulier un diagnostic de fibromyalgie ? Si oui :
 - a. Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - b. Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?

- c. Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
- d. Quelles sont les limitations fonctionnelles de Mme C_____ ?
- e. Quelles sont les conséquences de cette affection sur les actes de la vie quotidienne de Mme C_____ ? En particulier celle-ci peut-elle assurer la tenue de son ménage ?
- f. Mme C_____ présente-t-elle un varus important au genou gauche ? Si oui, qu'elles en sont les conséquences (limitations fonctionnelles) ?
6. Etes-vous d'accord avec l'appréciation et les conclusions :
- Du rapport d'expertise du Dr O_____ du 30 octobre 2006 ? Si non, pourquoi ?
 - Des rapports médicaux du Dr Q_____ des 6 novembre 2007 et 12 mars 2008 ? Si non, pourquoi ?
 - Des rapports médicaux du Dr R_____ des 12 décembre 2007, 25 janvier et 28 avril 2008 ? Si non, pourquoi ?
7. Compte tenu de vos diagnostics, Mme C_____ peut-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 ?
8. 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 27 août 2007 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
9. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
10. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. 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