

GE_GERICHTE A/3207/2007 vom 26. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3207_2007

FR: GE_GERICHTE A/3207/2007 du 26 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/3207/2007 del 26 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.11.2008
A/3207/2007

A/3207/2007 ATAS/1357/2008 du 26.11.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3207/2007
ATAS/1357/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 4 du 26 novembre 2008 En la cause Madame A _____,
domiciliée au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Dominique de WECK recourante contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame
A _____ (ci-après: l'assurée), née en 1968, d'origine portugaise, sans formation
professionnelle, est arrivée en Suisse en 1995. Dès août 2000, elle a travaillé comme femme
de chambre à plein temps à l'hôtel X _____. Souffrant d'une dysplasie de hanche
sévère avec désinsertion étendue et déchirure du labrum, l'assurée a été en incapacité de
travail totale et définitive dès le 22 janvier 2003. Le 3 juin 2003, l'assurée a subi une
ostéotomie péri-acétabulaire gauche. En date du 15 janvier 2004, l'assurée a déposé une
demande de prestations à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) tendant
à l'octroi de mesures de reclassement ou d'une rente. Le Dr L _____, spécialiste en
médecine du sport et FMH en rééducation, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI le 11
février 2004, dans lequel il a indiqué un status post-ostéotomie péri-acétabulaire gauche
pour dysplasie de la hanche entraînant une capacité de travail nulle depuis le 22 janvier
2003. Selon ce praticien, l'état de santé de l'assurée s'améliorait. Le pronostic était favorable
à moyen terme, sous réserve de l'activité à exercer. Il lui semblait en effet peu probable que
l'activité de femme de chambre, laquelle entraînait de nombreuses flexions/extensions du
tronc associées au port de charges ou à la montée/descente d'escaliers puisse être reprise.
Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: une restriction du port de charges, de la
montée/descente des escaliers et du travail en position fléchie du tronc et des membres
inférieurs en charge. On pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité, en
position assise ou debout, mais non prolongée, et compte tenu des limitations fonctionnelles
décrites. Cette activité pouvait être exercée huit heures par jour, sans diminution de
rendement. Selon ce médecin, la capacité de travail de sa patiente pouvait être améliorée par
des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées. Enfin, il était
encore trop tôt pour se prononcer quant aux capacités fonctionnelles et résiduelles, l'assurée
ayant lâché tout moyen auxiliaire depuis un mois. Le Dr M _____, spécialiste FMH en
chirurgie orthopédique a indiqué, dans un rapport du 6 avril 2004 établi à l'attention de
l'OCAI, que l'état de santé de l'assurée s'améliorait. Elle présentait encore des douleurs
inguinales, mais il y avait 80% d'amélioration. Elle ne présentait plus de douleurs aiguës.
Selon ce médecin, l'activité exercée n'était plus exigible. La patiente pouvait par contre
exercer une activité adaptée à plein temps, telle que l'activité de secrétaire, sans diminution

de rendement. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: éviter la marche au-delà d'une heure, le port de charges de plus de 5 kg., le travail en hauteur/sur une échelle et prévoir un changement de position toutes les demi-heures. Selon ce praticien, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% dès février 2004 et des mesures professionnelles étaient indiquées. Interrogé par l'OCAI, l'employeur de l'assurée a indiqué que cette dernière aurait réalisé un salaire mensuel de 3'330 fr. en 2004. Le 12 mai 2004, la Dresse N_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a constaté qu'au vu des appréciations des Drs L_____ et M_____, une activité adaptée était exigible à plein temps dès février 2004. Des mesures professionnelles devaient donc être mises en place rapidement. Par courrier du 18 mai 2004, l'OCAI a informé l'assurée qu'un entretien allait avoir lieu pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle. Par certificat daté du 18 novembre 2004, le Dr L_____ a indiqué que l'assurée n'était plus en mesure de bénéficier de mesures professionnelles. L'OCAI a alors clos le mandat de réadaptation et repris l'instruction médicale du dossier. Par courrier du 26 janvier 2005, il a requis de la part de l'assurée tout document justifiant une modification de son état de santé, étant précisé que le certificat médical du Dr L_____ daté du 18 novembre 2004 n'était à cet égard pas suffisant. Dans un rapport médical intermédiaire daté du 17 février 2005, le Dr L_____ a expliqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis novembre 2004, avec cependant une très discrète amélioration sur le plan des douleurs. Les diagnostics n'avaient pas changé, il y avait une diminution des douleurs à la marche, mais une limitation du périmètre de marche. Les mesures thérapeutiques suivies étaient de la physiothérapie et de la thérapie neurale. Il avait observé des limitations fonctionnelles à la marche ainsi qu'à la station assise prolongée ou à la montée/descente des escaliers dans l'activité de femme de chambre à plein temps. La reprise d'une activité en tant que femme de chambre ne lui paraissait pas envisageable. Quant à l'opportunité d'une autre profession, il convenait d'envisager cela avec une possibilité de reclassement auprès des services de l'OCAI. Il pensait cependant que les limitations fonctionnelles de l'assurée concernant les escaliers et la marche prolongée risquaient de compromettre toute autre activité professionnelle. Enfin, si l'OCAI l'estimait utile, un examen complémentaire pouvait être effectué pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assurée. Dans un avis du 16 mars 2005, la Dresse N_____ a estimé qu'un examen complémentaire ne se justifiait pas, dès lors que selon le Dr L_____, la situation de l'assurée s'était plutôt améliorée. Pour cette praticienne, des mesures professionnelles devaient donc être mises en place rapidement. Par rapport intermédiaire du 11 avril 2005, le Dr L_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis environ huit à douze mois. On notait cependant une amélioration des douleurs à la marche, avec persistance d'une boiterie et l'apparition de lombalgies liées à cette boiterie. Les limitations fonctionnelles observées étaient une diminution du périmètre de marche. L'assurée avait des difficultés pour utiliser les escaliers en montée/descente, ainsi que des difficultés dans les activités quotidiennes, telles que l'habillage ou la toilette. Selon ce spécialiste, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, et ce même dans un temps futur. Enfin, il pensait qu'un examen complémentaire pourrait être nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assurée. Par courrier du 20 mai 2005, l'OCAI a informé l'assurée que son dossier était soumis à la division de la réadaptation professionnelle. Par courrier du 29 mai 2006 adressé à l'OCAI, le Dr L_____ a expliqué que l'assurée était toujours sans nouvelles concernant d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle. Il a alors

signalé que compte tenu de la situation, le versement d'une rente était plus adapté que l'octroi de mesures professionnelles. En date du 12 juin 2006, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée. Elle a estimé que l'assurée pourrait réaliser en 2004 dans une activité légère, un revenu annuel de 42'044 fr., et ce en tenant compte d'un abattement de 10% étant donné l'activité légère seule possible et les limitations fonctionnelles. Comparant ce revenu à celui que l'assurée aurait réalisé dans son ancienne activité et sans atteinte à la santé - soit 43'290 fr. (3'330 fr. x 13) -, il en résultait une perte de gain de 1'246 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 3%. Ainsi, toute activité légère et sédentaire, ne nécessitant pas de formation préalable, permettait à l'assurée de compenser sa perte de gain. Par décision du 15 juin 2006, l'OCAI a informé l'assurée que le droit au reclassement lui était nié. Il a considéré qu'à partir de février 2004, l'assurée possédait une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (activité à dominante sédentaire, légère et avec horaires réguliers). En procédant à la comparaison des gains, il en résultait un degré d'invalidité inférieur à 20%, ce qui ne donnait pas droit au reclassement. Sur demande écrite dûment motivée, une aide au placement pouvait être examinée. Dans un projet d'acceptation de rente également daté du 15 juin 2006, l'OCAI a informé l'assurée que le droit à une rente entière limitée du 1^{er} janvier au 30 avril 2004 lui était reconnu. Il ressortait des documents médicaux et professionnels qu'elle avait été en incapacité de travail totale depuis le 22 janvier 2003. A partir de février 2004, sa capacité de travail était néanmoins entière dans une activité adaptée. En procédant à la comparaison des gains, il en résultait un degré d'invalidité de 3%, ce qui ne donnait plus droit à une rente. L'OCAI a précisé qu'une amélioration devait être prise en compte quand elle avait duré trois mois, raison pour laquelle la rente entière était supprimée dès le 1^{er} mai 2004. En date du 7 juillet 2006, l'assurée, représentée par Maître Dominique de WECK, a contesté ce projet en faisant valoir que son incapacité de travail totale perdurait. A l'appui de sa contestation, elle a produit notamment un certificat établi par le Dr L _____ en date du 21 juin 2006. Selon ce médecin, l'assurée présentait depuis l'opération des douleurs invalidantes à la marche, limitant très nettement son périmètre de déplacement et l'obligeant à de très fréquentes périodes de repos. De plus, la station assise prolongée provoquait également des douleurs. S'agissant des plaintes, il signalait également la présence de cervico-dorsalgies consécutives à la marche avec boiterie liée à l'intervention chirurgicale, qui elles aussi limitaient les capacités fonctionnelles de la patiente. Selon lui, à aucun moment la capacité de travail de l'assurée n'avait pu être de 100%, aussi bien dans un poste debout qu'assis sédentaire avec des horaires réguliers. Tout au plus, durant une période limitée, il avait pu assister à une amélioration des plaintes et un reclassement avait alors été envisageable, ce qui n'était maintenant plus possible. Par conséquent, il estimait que la capacité de l'assurée d'exercer une activité professionnelle était nulle depuis le 27 janvier 2003. Par écriture du 7 juillet 2006, l'assurée a également formé opposition à la décision de refus de classement, et ce pour les mêmes motifs que ceux invoqués dans la contestation précitée. Par courrier du 28 août 2006, l'OCAI a informé l'assurée qu'une évaluation médicale allait être effectuée. Le 10 novembre 2006, l'assurée a été examinée par le Dr O _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie auprès du SMR Léman. Dans son rapport du 16 novembre 2006, le Dr O _____ a diagnostiqué une coxodynie bilatérale dans le cadre d'une dysplasie modérée de la hanche droite et d'une discrète coxarthrose gauche avec status satisfaisant après ostéotomie-péri-acétabulaire gauche (Q65.8; M16). Cette atteinte avait une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Elle souffrait également d'un

syndrome douloureux de tout l'hémicorps gauche sans substrat organique et de rachialgies dans le cadre de très discrets troubles dégénératifs du rachis (M54), mais sans répercussion sur sa capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, il relève que l'assurée se plaint d'avoir mal du bout du pied gauche jusqu'en haut de la tête. Elle signale également des rachialgies diffuses et une coxodynie droite. Au status, l'assurée est très démonstrative, allant même jusqu'à pleurer à plusieurs reprises et à crier. Elle ne s'est pas montrée collaborante, développant notamment une importante résistance volontaire à la mobilisation des diverses articulations. Dès son arrivée, l'assurée a gardé son bras gauche replié sur son ventre. Cependant, par la suite et par distraction, elle l'a bien mobilisé jusqu'à 120° d'abduction en cours d'entretien. Par ailleurs, il notait au status une importante limitation de la mobilité cervicale et lombaire, mais il avait relevé la présence de tous les signes de non-organicité selon Waddell sous forme d'une importante démonstrativité, d'une discordance entre la distance doigts-sol et la distance doigts-orteils. Le status neurologique était par ailleurs sans problème, mis à part des lâchages antalgiques et liés au manque de collaboration de l'assurée au testing musculaire du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche. La mobilité des articulations du membre supérieur gauche était bien conservée et il n'y avait pas de signe pour une arthropathie inflammatoire. Contrairement à ce que l'assurée avait dit, son membre supérieur gauche n'était pas enflé, tout comme le membre inférieur gauche. L'examen de la mobilité des articulations des membres inférieurs avait été plus délicate en raison du manque de collaboration de l'assurée, laquelle poussait des cris et pleurait à plusieurs reprises. Il convenait de relever aussi des douleurs à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie, mais également des points de contrôle de l'hémicorps gauche. Dans ce contexte, le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait être retenu, le nombre des points douloureux de la fibromyalgie étant insuffisants et touchant également les points de contrôle. Ce syndrome douloureux diffus de l'hémicorps gauche n'avait pas de substrat organique, mis à part au niveau de la hanche gauche. Enfin, les examens radiologiques étaient rassurants. Au vu du caractère très démonstratif de l'assurée, il existait certainement un syndrome d'amplification des troubles. Au niveau rachidien, tous les signes de non organicité selon Waddell étaient d'ailleurs également positifs. L'examinateur a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: nécessité d'alterner la position assise et la position debout 2 à 3 fois par heure; nécessité d'une activité sédentaire sans marche prolongée (inférieure à 30 minutes) et sans position statique debout prolongée. Pas de port de charges, pas de flexion antérieure répétitive du tronc. Selon lui, depuis janvier 2003, l'incapacité de travail était totale dans l'activité de femme de chambre. Par contre, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail avait toujours été complète, mis à part une période d'incapacité de travail en relation avec l'opération de la hanche, qui pouvait être estimée à six mois. Cependant, au vu de l'importante démonstrativité de l'assurée, des mesures professionnelles risquaient d'échouer. Il s'écartait ainsi de l'évaluation du Dr L_____ qui estimait que l'assurée ne pouvait même pas effectuer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Selon lui, cette divergence s'expliquait probablement par la présence du syndrome d'amplification des troubles et du syndrome douloureux diffus de l'hémicorps gauche sans substrat organique. Le 11 janvier 2007, l'assurée a été examinée par le Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du SMR Léman. Dans son rapport du 22 janvier 2007, l'examinateur n'a diagnostiqué aucune maladie psychiatrique portant atteinte à la capacité de travail de l'assurée. Il a par contre retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68.0), mais sans répercussion sur la capacité de travail. Cette atteinte pouvait occasionner une souffrance

psychique, mais ne correspondait pas à une maladie invalidante. Ce spécialiste a relevé n'avoir mis en évidence aucun ralentissement de la pensée et aucun trouble de la perception mentale chez l'assurée. Son tempérament était plutôt vif, extraverti et sociable; l'humeur était normale, plutôt bonne, bien modulée. L'assurée décrivait un trouble du sommeil à l'endormissement, corrigé par la prise de 0.5mg de Rivotril, ainsi qu'un trouble du maintien du sommeil avec plus de réveils nocturnes. La présentation des douleurs était démonstrative, ne correspondant souvent pas au substrat somatique tel que l'avait relevé le Dr O_____. Le psychiatre a constaté la présence d'un vécu surinvesti de sa maladie en général et de ses douleurs en particulier. Dans ce contexte, par rapport au comportement de l'assurée, il ne manquait pas d'observer une habitude théâtrale, l'assurée devenant peu authentique et la présentation des douleurs n'arrivant pas à évoquer la compassion chez l'examineur. A deux reprises, l'assurée s'était levée pour se soulager. Entre-temps, il y avait eu des périodes de 15 à 20 minutes pendant lesquelles l'assurée ne transmettait aucun signe d'un vécu douloureux, ni par sa mimique, ni par sa posture. Il existait une discrédence entre une démarche évoquant des douleurs fort exprimées, si on lui demandait de parler de ses douleurs, et une démarche qui n'était que légèrement atteinte, si elle se croyait non observée. Il y avait donc une discrédence importante entre l'intensité du vécu douloureux d'une part et le comportement observé de l'autre part. Il n'avait pas retenu le diagnostic d'un trouble somatoforme, car les critères pour un tel diagnostic n'étaient pas présents. Le fait que le vécu douloureux ne domine pas l'attention de l'assurée pendant la plupart du temps se confirmait également par sa vie quotidienne. L'assurée continuait d'avoir une vie sociale qui ne se distinguait guère de ce qu'il pouvait observer avant la maladie. L'assurée était en contacts fréquents et intensifs avec sa nombreuse parenté et on ne pouvait pas parler de retrait social. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était entière. Dans un avis daté du 30 janvier 2007, la Dresse N_____ a constaté que les deux examens effectués auprès du SMR confirmaient ses conclusions prises le 12 mai 2004. Le certificat d'incapacité de travail délivré par le médecin traitant ne se justifiait pas d'un point de vue médical. Selon elle, des mesures d'orientation professionnelle étaient justifiées, mais le préjudice économique ne semblait pas ouvrir le droit à de telles mesures. Par décision sur opposition du 21 juin 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition, confirmé le degré d'invalidité de 3% dès le 1^{er} mai 2004, confirmé que du 1^{er} janvier au 30 avril 2004, le droit à une rente entière était reconnu et rejeté la demande de reclassement professionnel. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours le 21 août 2007. Elle conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à l'octroi de mesures de reclassement et à ce qu'une expertise soit ordonnée. Elle fait valoir que l'OCAI s'est basé uniquement sur les deux examens effectués par les médecins du SMR, sans prendre en compte l'avis du Dr L_____, lequel avait signalé, à plusieurs reprises, son incapacité de travail totale (certificats des 29 mai et 21 juin 2006). L'assurée explique en outre que le Dr O_____ n'a pas pris en compte ses douleurs, sous prétexte, selon lui, qu'elle aurait fait preuve de résistance volontaire. Ce médecin a cependant reconnu qu'elle n'est plus capable d'exercer son activité habituelle. Cela prouve, selon l'assurée, la réalité de ses douleurs et l'absence de simulation. Elle considère que ce qui a pu être perçu pour un manque de collaboration de sa part, n'est autre qu'une sensibilité extrême en raison des douleurs aiguës qu'elle ressent. Elle explique en outre avoir été récemment examinée par le Dr Bruno R_____, médecin à l'unité de proctologie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève, et produit à cet égard un rapport médical établi par ce praticien en date du 22 mai 2007. Il en résulte que la recourante s'était présentée à plusieurs reprises aux urgences pour des troubles urinaires

associés à des douleurs, des nausées et parfois des vomissements. Selon ce médecin, les douleurs faisaient penser à un névrome post-opératoire et à une hernie crurale. L'examen était cependant difficile, raison pour laquelle il conseillait de faire des examens radiologiques. La recourante verse également à la procédure un rapport établi par le Dr Q _____, radiologue FMH, daté du 5 juin 2007. Selon ce spécialiste, les examens radiologiques de la paroi abdominale et de la région inguino-crurale ne démontraient ni de hernie, ni d'altération significative de la paroi abdominale. La seule anomalie était la présence de ganglions hypertrophiques à caractère inflammatoire du côté gauche. La recourante fait valoir que l'appréciation des Drs R _____ et Q _____ confirme la thèse selon laquelle elle n'est plus à même de travailler. Dans sa réponse du 9 octobre 2007, l'intimé conclut au rejet du recours en se référant aux motifs figurant dans la décision querellée ainsi qu'aux pièces du dossier de la recourante. Il explique avoir soumis les rapports des Drs R _____ et Q _____ des 22 mai et 5 juin 2007 au SMR. La Dresse N _____ s'était prononcée dans un avis du 2 octobre 2007 auquel l'intimé se référait. Cette praticienne relevait que ces nouveaux rapports ne révélaient pas une aggravation de l'état de santé, ni une nouvelle atteinte. Le Dr R _____ n'arrivait pas à mettre en évidence d'étiologie précise pour ces douleurs et les examens effectués n'avaient pas révélé de maladie. Les douleurs abdominales étaient donc vagues et sans étiologie. Elles s'inscrivaient en conséquence dans le cadre d'un syndrome douloureux. Dans son écriture du 31 octobre 2007, la recourante conclut à l'audition du Dr L _____. Elle fait valoir que le Dr L _____ ne se permettrait jamais de faire un certificat de complaisance. Ainsi, ses certificats avaient été établis en toute connaissance de cause, suite à plusieurs visites ainsi que sur une étude complète de son dossier. La recourante relève par ailleurs que l'intimé n'a fait aucune proposition quant aux activités adaptées qu'elle pourrait exercer. Par courrier du 14 novembre 2007, l'intimé persiste dans ses conclusions. Le 11 décembre 2007, la recourante produit une liste de médicaments établie par la pharmacie Y _____. Elle fait valoir que le Dr O _____ n'a pas pris en compte tous les médicaments figurant sur cette liste lors de son examen rhumatologique du 10 novembre 2006. Elle verse également à la procédure un certificat médical établi par le Dr L _____ le 3 novembre 2006 ainsi qu'un rapport rédigé le 26 novembre 2007 par Mme B _____, physiothérapeute. Le Dr L _____ explique que les essais de séances d'acupuncture et thérapie neurale effectués en décembre 2004 avaient amené une légère amélioration, mais provisoire. Selon Mme B _____, le traitement prodigué à la recourante s'était révélé décevant, les progrès du début ayant rapidement été effacés par la situation douloureuse chronique. Les rétractations musculaires, les adhérences cicatricielles n'avaient pas amélioré la situation au fil du temps. Par courrier du 14 janvier 2008, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il relève que la recourante avait déclaré au Dr O _____ prendre du Rivotril 0.5 mg (antiépileptique utilisé comme antidouleur) et du Dafalgan 1 g (anti-inflammatoire/antalgique). La liste que la recourante avait produit ne comprenait pas le Rivotril, mais plusieurs anti-inflammatoires/antalgiques: Dafalgan, Ponstan, Ecofenac, Brufen. Le Prétuval était un sirop contre la toux, le Xyzal un antiallergique et le Sirdalud un décontractant musculaire. Ainsi, la nature des médicaments que la recourante n'avait pas déclarés à l'examineur n'avait pas d'influence sur la position de l'intimé. Enfin, le rapport établi par la physiothérapeute corroborait l'incapacité de travail totale retenue dans l'activité habituelle. Le 19 mars 2008 s'est tenue une audience de comparution personnelle. La recourante explique n'avoir pas de formation, avoir travaillé comme vendeuse de porte à porte, dans une usine, puis comme femme de chambre, et ce toujours à plein temps. Elle indique que

l'opération s'était bien passée. Elle se sentait bien, puis environ six mois plus tard, elle a eu des douleurs, des gonflements ainsi qu'un manque de sensibilité dans le bras gauche. Elle précise que lors de l'examen par le Dr O _____, il lui avait été demandé d'apporter une liste des médicaments qu'elle prenait, ce qu'elle a fait. Or, cet examinateur avait noté dans son rapport le Rivotril, alors qu'elle n'avait jamais pris ce médicament et qu'il ne figurait pas sur ladite liste. La recourante explique avoir été examinée par le Dr M _____ le 11 mars 2008 et qu'un bilan radiologique complémentaire devait être effectué le lendemain de l'audience. Selon les résultats, se posait la question de la pose d'une prothèse de la hanche gauche. En outre, elle explique que son état de santé s'est aggravé depuis trois mois, dans la mesure où elle tombe souvent suite à des lâchages et des douleurs. L'intimé déclare être d'accord de suspendre la cause jusqu'à réception des examens complémentaires, tout en rappelant qu'en cas d'aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à la décision querellée, il appartiendrait à la recourante de déposer une nouvelle demande. Par courrier du 29 mai 2008, la recourante explique qu'il ne lui est pas possible d'envisager l'exercice d'une quelconque activité vu la douleur persistante et incessante. Ainsi, selon la recourante, l'atteinte est telle que l'incapacité de travail doit être admise totalement. A l'appui de ses explications, elle produit notamment deux certificats médicaux établis les 26 mars et 26 mai 2008 par le Dr S _____, médecin traitant, spécialisé en médecine générale et ostéopathie, trois rapports rédigés le 20 mars 2008 par la Dresse T _____, radiologue FMH, ainsi qu'un rapport daté du 20 mai 2008 du Dr U _____, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie et toxine botulique. De l'avis du Dr S _____, la recourante présente une pathologie invalidante de la hanche irradiant dans l'hémicorps gauche. Cette douleur la rend inapte au travail. Les différentes investigations effectuées en mars et mai 2008 sont normales, faisant évoquer des troubles somasthésiques. Devant un tel tableau douloureux chronique, la reprise d'une activité salariée est à exclure. Il ressort des rapports établis par la Dresse V _____ que les examens radiographiques de la colonne cervicale et de la colonne lombaire effectués le 20 mars 2008 n'ont décelé aucune anomalie objectivable, excepté des remaniements dégénératifs débutants des articulaires postérieurs en L4-L5 et L5-S1. Enfin, selon le Dr U _____, l'examen clinique effectué le 19 mai 2008 montre principalement un syndrome algique important des membres supérieur et inférieur à gauche. Les examens neurologiques sont néanmoins normaux. Pour ce spécialiste, il n'y a pas d'explication neurologique à ce tableau hyperalgique. Invité à se déterminer, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il explique, dans son courrier du 24 juin 2008, avoir soumis les nouvelles pièces au SMR. La Dresse N _____ s'est prononcée dans un avis du 19 juin 2008 auquel l'intimé se réfère. Cette praticienne relève que les nouveaux éléments médicaux ne modifient pas l'appréciation antérieure du SMR. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 26 juin 2008, sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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'article 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. 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'occurrence, dès lors que les faits déterminants se sont produits après le 1^{er} janvier 2003, tant les règles matérielles que de procédure de la LPGA s'appliquent. Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA). Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante et en particulier sur sa réduction qui a conduit à la suppression de sa rente à partir du mois de mai 2004. 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 l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATF non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer

quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). a) 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) 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. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs pour autant 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). En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Dans sa décision sur opposition litigieuse, l'intimé a retenu que les atteintes à la santé dont souffre la recourante lui permettent d'exercer une activité adaptée à plein temps. Il se fonde pour cela sur les conclusions du rapport du Dr O_____. Pour sa part, la recourante soutient que ses atteintes à la santé provoquent une incapacité de travail totale dans toute activité. La thèse de la recourante repose sur les rapports des Drs L_____, R_____, Q_____, S_____, V_____, U_____ et de Mme B_____. Le Tribunal de céans relève d'ores et déjà que les diagnostics posés par les médecins sont concordants, de même que les limitations fonctionnelles dues aux atteintes somatiques dont souffre la recourante. Il n'est par ailleurs pas contesté qu'au plan psychique, la recourante ne souffre d'aucun trouble. En raison des limitations fonctionnelles, tous les médecins

s'accordent à dire que la recourante ne peut plus exercer son activité de femme de chambre. En revanche, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, les appréciations divergent. Dans son rapport du 16 novembre 2006, le Dr O _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a conclu qu'en raison d'une coxodynie bialtérale dans le cadre d'une dysplasie modérée de la hanche droite et une discrète coxarthrose gauche avec status satisfaisant après ostéotomie-péri-acétabulaire gauche, la recourante présente des limitations fonctionnelles. Il a également diagnostiqué des atteintes à la santé qui n'ont pas de répercussion sur sa capacité de travail, à savoir un syndrome douloureux de tout l'hémicorps gauche sans substrat organique et des rachialgies dans le cadre de très discrets troubles dégénératifs du rachis. Compte tenu des problèmes somatiques objectifs, l'activité de femme de chambre n'est plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière, sans diminution de rendement, mis à part pendant les six mois qui ont suivi l'opération. Le rapport d'examen a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier radiologique de la recourante. Il prend en considération les plaintes exprimées par cette dernière et tient compte de l'avis du Dr L _____. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'examineur s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail exigible et sur les limitations fonctionnelles, enfin, il a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Aussi, doit-on admettre que le rapport d'examen répond aux critères posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux. Il reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de ses conclusions. a) La recourante fait grief à l'intimé de n'avoir pas pris en considération l'appréciation du Dr L _____, lequel aurait attesté à plusieurs reprises de son incapacité à exercer une activité adaptée. Le Tribunal de céans constate que ce médecin n'est cependant pas aussi catégorique que semble le croire la recourante: dans son rapport du 11 février 2004, il a considéré que la capacité de travail résiduelle était entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Invité par deux fois à se déterminer à nouveau sur la capacité résiduelle de sa patiente, il ne s'est plus prononcé sur ce point, tout en évoquant néanmoins la possibilité d'un reclassement professionnel (rapport du 17 février 2005) et la nécessité d'un examen complémentaire pour évaluer ladite capacité (rapport du 11 avril 2005). Enfin, dans son rapport du 21 juin 2006, le Dr L _____ a certes expliqué que la capacité résiduelle de sa patiente n'avait jamais été entière et qu'il avait considéré qu'un reclassement était envisageable lorsqu'il avait constaté, pendant une période limitée, une amélioration des plaintes. Cette appréciation ne convainc cependant pas, dès lors qu'elle n'est étayée par aucune constatation clinique objective et qu'elle se fonde uniquement sur les plaintes subjectives de la recourante. On ne saurait pas non plus donner une importance décisive aux rapports établis les 26 mars et 26 mai 2008 par le médecin traitant de la recourante, le Dr S _____. En effet, ce dernier se contente d'attester que la reprise d'une activité est à exclure, sans plus ample motivation, ni description d'empêchements quelconques, si ce n'est la présence de douleurs. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Par ailleurs, les rapports établis par les Drs R _____, Q _____, U _____, V _____ et par Mme B _____, ne sont d'aucun secours pour la recourante, dès lors que ces médecins et cette physiothérapeute n'ont pas émis d'avis sur la question - déterminante en l'espèce - de la capacité résiduelle de

travail de la recourante. Le Tribunal de céans constate ainsi qu'aucun des rapports versés au dossier n'apporte d'élément qui justifierait de s'écarter des conclusions bien motivées du Dr O_____, voire simplement qui fassent apparaître la nécessité d'une instruction complémentaire. Ses conclusions concordent d'ailleurs avec l'appréciation du Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a également estimé que la recourante pouvait, dès février 2004, exercer une activité adaptée à plein temps, sans diminution de rendement (rapport du 6 avril 2004). Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves, comme le requiert la recourante (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Il s'ensuit que la recourante a bénéficié d'une amélioration importante de sa capacité résiduelle de travail, dès lors que celle-ci s'élève, depuis février 2004, à 100% dans une activité adaptée alors qu'elle était nulle depuis janvier 2003. Il convient encore d'examiner l'incidence de ce changement sur le taux d'invalidité présenté par la recourante, étant précisé que le calcul doit se faire au regard de la situation prévalant en 2004, soit l'année où l'amélioration de la capacité de travail de la recourante a été constatée (art. 88a al. 1 RAI; ATF 129 V 222). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGa). L'entrée en vigueur 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 égal ou 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). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires 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. a) S'agissant du revenu de valide de la recourante, il s'élève à 43'290 fr. par an en 2004 (3'330 fr. x 13), selon les renseignements communiqués par l'employeur, montant que la recourante ne conteste pas. La recourante n'exerce plus d'activité lucrative. Il convient en conséquence pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les données statistiques, soit sur le revenu auquel peuvent prétendre les femmes dans des activités simples et répétitives en 2004. Ainsi, compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer la recourante dans une activité légère et adaptée de type industriel ou des services, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit 3'893 fr. par mois en 2004, ou 46'716 fr. annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La vie économique, 1/2-2006, B9.2), ce montant doit être porté à 48'584 fr. (46'716 x 41,6 : 40). A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 10% pris en compte par l'intimé. En effet, seuls les critères de limitation liés au handicap et de l'activité légère seule possible sont remplis dans le cas particulier. Compte tenu de l'abattement de 10%, le revenu d'invalidé sur la base statistique s'élève à 43'726 fr. (48'584 - 4858). Ce montant étant supérieur au revenu sans invalidité, il en résulte que la recourante ne subit aucune perte de gain en raison de ses atteintes à la santé, de sorte qu'une rente d'invalidé ou des mesures professionnelles ne peuvent être octroyées. Il sied de relever que même si l'intimé avait admis une réduction maximale de 25% lors du calcul du revenu brut annuel avec invalidité, soit un montant de 36'438 fr. (48'584 - 12'146), le degré d'invalidité obtenu, soit 16%, n'aurait donné droit ni à une rente, ni à des mesures d'ordre professionnel, étant rappelé que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). Enfin, la recourante fait grief à l'intimé de n'avoir fait aucune proposition quant aux activités adaptées qu'elle pourrait exercer. L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 28 consid. 4a, 109 V 28 ; Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ssp. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt M. du 22 septembre 2006, I 636/06, consid. 3.2). C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a tenu compte

d'un gain déterminant (valeur standardisée), toute activité confondue dans le secteur privé (TA1) pour des travaux simples et répétitifs (niveau 4) exercés par une femme, dès lors que les limitations fonctionnelles attestées médicalement permettent à l'intéressée d'exercer de nombreuses activités issues de divers secteurs de l'économie et notamment ceux de la production et des services. 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). En revanche, l'article 88bis al. 2 let. a RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on n'est pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; RCC 1983 p. 489 consid. 2b; ATF 106 V 16). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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. En l'occurrence, le changement déterminant quant à la capacité de gain de la recourante a débuté en février 2004 et n'a pas subi d'interruption notable. Au vu des pièces du dossier, il n'apparaît en outre pas qu'une complication soit apparue par la suite. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a supprimé la rente entière dès le 1^{er} mai 2004. La décision querellée n'est ainsi pas critiquable dans son résultat et le recours se révèle manifestement mal fondé. La recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr., conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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