REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1141/2006 **ATAS/659/2007**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 6 juin 2007

Chambre 3

En la cause

Madame R_____, domiciliée , AVULLY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Me Franck AMMANN	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE**,** sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après : l'assurée), ressortissante suisse, née le 12 septembre 1947, est au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce. De 1974 à 1999, elle s'est occupée du secrétariat de l'entreprise de son mari. Dès l'année 2000, elle a exercé l'activité de secrétaire à plein temps auprès de la société X_____. En 2002, son salaire s'élevait à 69'000 fr. (pièce 14 chargé intimé).

2. L'assurée souffre de lombalgies chroniques depuis 1996 et de cervico-brachialgies droites chroniques depuis 2003 (pièce 18 chargé intimé).

3. Il résulte du rapport établi le 24 janvier 2003 par le Dr A_____, spécialiste en radiologie, que le scanner lombaire effectué ce jour-là a permis de constater la présence de deux hernies discales étagées, comprimant les racines L5 et S1 à droite. La symptomatologie pluri-radiculaire de l'assurée était bien expliqué par ce status et il y avait déjà une petite parésie de la flexion dorsale du pied droit (pièce 45 chargé intimé).

4. A la demande de son médecin traitant, le Dr B_____, spécialiste en médecine interne, l'assurée a consulté en date du 5 février 2003, le Dr F_____, spécialiste en neurochirurgie, pour des lombo-sciatalgies droites, au décours sur hernie discale L4-L5. Il résulte du rapport médical établi ce jour-là que l'assurée avait présenté, un mois auparavant, des lombo-sciatalgies droites hyperaiguës, avec apparition d'un déficit L5. Lors de la consultation, elle était asymptomatique et il ne restait que des séquelles de cette hernie discale droite sous la forme d'une parésie modérée, fonctionnellement peu importante, pour la flexion dorsale du pied droit. Vu l'absence de douleurs et d'aggravation du déficit neurologique, une opération neurochirurgicale n'était pas indiquée (pièce 21 chargé intimé).

5. Le 16 mai 2003, l'assurée a consulté le Dr C_____, spécialiste FMH en neurologie, en raison de l'apparition de phénomènes de paresthésies / endormissements, ayant débuté au niveau de la main droite, pour progressivement irradier à la face postérieure de l'avant-bras et du bras jusqu'à la nuque, ainsi que pour des douleurs cervico-brachiales. L'examen clinique a montré une nuque de mobilité modérément limitée, dont l'extension combinée à une rotation vers la droite reproduisait à plusieurs reprises la symptomatologie en déclenchant des douleurs scapulo-brachiales droites et des paresthésies intéressant la face postérieure de l'avant-bras et le dos de la main droite. L'examen électromyographique (ci-après: EMG) n'a pas mis en évidence d'atteinte significative du nerf médian droit au niveau du canal carpien, ni de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au

niveau du membre supérieur droit. Le bilan parlait en faveur d'une atteinte radiculaire purement irritative, le plus probablement C7, voire éventuellement C6, à l'origine des troubles. Le médecin a proposé un traitement conservateur, ajoutant qu'en cas de persistance des troubles, une imagerie à résonnance médicale (ci-après: IRM) cervicale devrait être envisagée (pièce 32 chargé intimé).

6. En date du 11 août 2003, l'assurée s'est soumise à une IRM cervicale. Selon le rapport du Dr D_____, radiologue FMH, cet examen a permis de constater une cervicarthrose prédominant de C4 à C7, des prolapsus discaux C4-C5 et C5-C6 diffus, sans image de hernie molle, une absence d'image d'amputation radiculaire sur le segment cervical, un discret canal cervical étroit C4-C5, C5-C6 et C6-C7, une sténose dégénérative du trou de conjugaison C4-C5 droit et enfin, une sténose dégénérative bilatérale des trous de conjugaison C5-C6 et C6-C7, prédominant à droite à ces deux niveaux (pièce 32 chargé intimé).

7. Dans son rapport du 15 août 2003, le Dr C_____ a indiqué que bien que la myélo-IRM n'ait pas démontré d'amputation radiculaire, les altérations dégénératives disco-vertébrales mises en évidence expliquaient très clairement la symptomatologie présentée par l'assurée. Il a rappelé le traitement habituel à instaurer dans ces situations et indiqué que si les troubles persistaient, il conviendrait d'effectuer une infiltration en C5-C6 et C6-C7; en l'état, une sanction chirurgicale ne s'imposait pas d'emblée; l'assurée pourrait ultérieurement être adressée à un neurochirurgien, si elle restait fortement gênée malgré les traitements administrés (pièce 32 chargé intimé).

8. L'assurée a été en incapacité de travail à 50% du 11 août au 7 septembre 2003, puis du 3 octobre au 25 novembre 2003. Dès cette date, l'incapacité de travail a été totale (pièce 18 chargé intimé).

9. Le 9 octobre 2003, l'assurée a consulté le Dr E_____, chef de clinique du département de neurochirurgie auprès du "établissement hospitalier" VAUDOIS. Ce dernier a indique que l'assurée présentait une symptomatologie cervico-vertébrale et probablement radiculaire en C6-C7, purement irritative, en corrélation avec les troubles dégénératifs au niveau de la région cervicale, surtout avec le rétrécissement des trous de conjugaison au départ des racines C6 et C7 du côté droit. Objectivement, la rotation de la tête vers la droite et l'extension provoquaient des fourmillements avec une douleur cervicale locale. Vu l'absence de déficits neurologiques et d'une douleur radiculaire franche, le médecin a proposé un traitement conservateur maximal dans le sens d'une tonification de la musculature

cervicale. Le cas échéant, il s'est déclaré prêt à réévaluer l'assurée afin d'envisager une prise en charge neurochirurgicale (pièce 32 chargé intimé).

10. Le 4 décembre 2003, une radiographie du bassin et de la colonne lombaire a été effectuée par le Dr G_____, radiologue, qui a notamment constaté une spondylarthrose sévère L3-L4 et L5-S1, prédominant en L3-L4 (pièce 45 chargé intimé).
11. Mandaté par l'assureur perte de gain maladie de l'employeur de l'assurée, le Dr H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a rendu un rapport le 27 mai 2004.

    A l'examen clinique, la mobilité de la colonne cervicale était modérément limitée. L'extension de la colonne cervicale provoquait l'irradiation douloureuse dans le membre supérieur droit avec des fourmillements. Le médecin a rappelé les conclusions du scanner lombaire du 24 janvier 2003, de l'IRM cervicale du 11 août 2003 et de la radiographie du 4 décembre 2003. Malgré les traitements médicamenteux, la physiothérapie et le repos, il n'y avait eu aucune amélioration des cervico-brachialgies.

    S'agissant de savoir si l'incapacité de travail existant depuis le 3 octobre 2003 était encore justifiée, l'expert a indiqué que les lombalgies ne semblaient, en l'état, pas constituer un motif d'incapacité de travail. Par contre, l'assurée était limitée par sa cervico-brachialgie droite, laquelle était très nettement exacerbée lors des mouvements de flexion et d'extension du rachis cervical. L'arrêt de travail était donc justifié pour cette atteinte. Le pronostic quant à une reprise de travail à temps complet paraissait mauvais, surtout en raison de la cervico-brachialgie droite, tenace, et dont l'irradiation ne correspondait pas à un dermatome précis. Il n'y avait pas clairement de syndrome radiculaire, ni de corrélation avec le bilan radiologique. Le médecin a indiqué qu'un ENMG pouvait s'avérer utile afin de déterminer s'il existait une atteinte radiculaire, tout en sachant qu'un examen normal ne pourrait l'exclure (pièce 18 chargé intimé).

12. Le 30 juin 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI; pièce 2 chargé intimé).

13. Dans son rapport daté du 26 juillet 2004, le Dr B_____, médecin traitant, a indiqué que l'assurée souffrait depuis juin 2003 de cervico-brachialgies droites chroniques ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Des lombalgies chroniques existaient également, depuis 1996, mais sans répercussion sur la capacité de travail. L'incapacité de travail totale, qui avait débuté le 26 novembre

2003, se poursuivait. L'état de santé de l'assurée était stationnaire et sa capacité de travail pouvait être, éventuellement, améliorée par des mesures médicales. Il ne savait pas si l'activité exercée habituellement était encore exigible et, le cas échéant, si un taux de 50% était approprié. On ne pouvait cependant pas exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité, vu son âge et sa formation professionnelle. S'agissant des données médicales, le Dr B_____ renvoyait à l'expertise effectuée par le Dr H_____ le 27 mai 2004 (pièces 18, 19 et 20 chargé intimé).

14. Le 6 septembre 2004, un examen radiologique de la colonne cervicale, de l'épaule droite et du genou droit de l'assurée a été effectué par le Dr A_____, lequel a indiqué que l'assurée présentait des discarthroses cervicales de C4 à C7, avec une uncarthrose rétrécissant les trous de conjugaison de C3 à C7 à des degrés divers ainsi qu'une légère atrophie osseuse de l'épaule droite. Les irradiations à distance, y compris dans l'épaule, étaient bien expliquées, indépendamment d'un conflit mécanique sous-acromial probable. La comparaison avec l'examen précédent effectué en 1997 au niveau cervical montrait une légère aggravation des discarthroses cervicales et de l'uncarthrose (pièce 45 chargé intimé).

15. Le 10 septembre 2004, le Dr F_____ a examiné l'assurée. Il ressort de son rapport que les cervico-brachialgies droites irradiaient à la face externe du bras et radiale de l'avant-bras jusque dans le pouce et l'index, où l'assurée ressentait des engourdissements et des paresthésies fluctuantes. La symptomatologie était permanente. Tous les traitements conservateurs avaient échoué et une corticothérapie durant 3 semaines, à hautes doses, avait été mal supportée. En pratique, selon le médecin, ces douleurs étaient invalidantes, empêchant toute reprise professionnelle; l'assurée était d'ailleurs en incapacité de travail depuis plus de 6 mois. Au vu des radiographies effectuées (étant précisé que ce médecin n'avait pas eu connaissance des conclusions de l'IRM cervicale effectuée en 2003), il était probable, selon lui, que cette symptomatologie soit en relation avec une cervicarthrose étagée, avec des sténoses des trous de conjugaison prédominant en C6-C7 à droite. D'un point de vue diagnostic, il lui paraissait raisonnable de répéter une IRM cervicale avec des séquences myélographiques (pièce 32 chargé intimé).

16. Dans son rapport du 29 septembre 2004, le Dr F_____ a rappelé que l'ENMG effectué le 16 mai 2003 par le Dr C_____ permettait de suspecter une atteinte radiculaire C7, voire C6 à droite. La réclination de la nuque était toujours sensible. Les rotations étaient par contre bonnes et indolores. Il n'y avait pas de trouble sensitivo-moteur à l'examen segmentaire des membres supérieurs. Une aréflexie tricipitale droite persistait. L'IRM cervicale effectuée le 27 septembre 2004 avait constaté un bon alignement du mur postérieur, des discopathies avec cervicarthrose

modérée en C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec couronne disco-ostéophytaire et circonférentielle rétrécissant les trous de conjugaison des racines C5, C6 et C7 des deux côtés. Ces racines étaient légèrement raccourcies sur les séquences myélographiques et il n'y avait pas de conflit sur la moelle. Dans le cadre de son appréciation, ce médecin a indiqué que l'évolution de la symptomatologie était assez médiocre, alors que l'examen clinique était peu inquiétant. L'assurée était peu encline à envisager une sanction neurochirurgicale. Il proposait une prise en charge auprès du Centre de la Douleur de la "établissement hospitalier". Si les traitements devaient échouer, l'intervention neurochirurgicale devrait alors être envisagée. A cet égard, les examens neurologique et électrophysiologique orientaient plutôt vers une atteinte C7, alors que radiologiquement les lésions étaient étendues avec des racines C5, C6 et C7 raccourcies bilatéralement sur les séquences myélographiques. Compte tenu de cette corrélation radiologico-clinique relativement médiocre, il allait être difficile, le cas échéant, de déterminer quel était le meilleur geste chirurgical susceptible d'améliorer l'assurée. En cas d'échec des traitements, il proposait de faire un nouvel électroneuromyogramme. Si l'atteinte radiculaire C7 droite se confirmait, alors l'intervention opératoire la plus simple serait privilégiée (pièce 32 chargé intimé).

17. Le 14 octobre 2004, le Dr I_____, médecin responsable auprès du Centre de la Douleur de la "établissement hospitalier", a examiné l'assurée. Il a rappelé dans son rapport daté du lendemain que cette dernière souffrait alors principalement de cervicalgies en rapport avec des discopathies étagées et une cervicarthrose C4 à C7. Plutôt que d'effectuer un traitement non spécifique, il lui semblait logique d'effectuer des blocs sélectifs des articulaires postérieures et d'essayer de déterminer l'étiologie principale du problème (pièce 32 chargé intimé).

18. Dans son avis du 2 mars 2005, le Dr J_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a conclu à des cervico-brachialgies droites chroniques depuis juin 2003 sur arthrose cervicale C4 à C7, un canal cervical étroit C4 à C7 et un rétrécissement des trous de conjugaison bilatéraux de C5-C7 et droit en C4-C5. L'assurée avait également des paresthésies du membre supérieur droit l'empêchant d'écrire et de pratiquer son métier, ce qui avait motivé les périodes d'incapacité de travail à 50% depuis le 11 août 2003 et à 100% depuis le 26 novembre 2003. L'assurée souffrait aussi de lombo-sciatalgies sur une hernie discale intracanalaire L4-L5 gauche, non opérée. Selon le médecin traitant de l'assurée, le problème lombaire n'avait cependant pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. L'expertise du Dr H_____ mettait le doigt sur apparemment une importante symptomatologie neurologique liée au canal cervical étroit et les modifications arthrosiques locales. Il était donc important de soumettre

l'assurée à une expertise neurologique pour déterminer la capacité de travail résiduelle dans sa profession et dans une profession adaptée, ses limitations fonctionnelles ainsi qu'une éventuelle indication neurochirurgicale, et ce en tenant compte des problèmes neurologiques cervicaux, mais aussi lombaires (pièce 23 chargé intimé).

19. Le 20 mai 2005, une radiographie de l'épaule droite de l'assurée a été effectuée. Selon le rapport du Dr G_____, l'examen ne démontrait pas d'omarthrose. L'espace sous-acromiale était préservé. L'articulation acromio-claviculaire était sans particularité. Il n'y avait pas de calcification en surprojection de la coiffe des rotateurs (pièce 45 chargé intimé).

20. Mandaté par l'OCAI, le Dr K_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assurée le 8 juillet 2005. Il résulte de son rapport daté du 17 juillet 2005 que trois pathologies entrent en ligne de compte. D'une part, des lombosciatalgies droites, connues depuis 1977, mais avec une exacerbation plus invalidante depuis 2002, des cervico-brachialgies gauches en 1997, et droites depuis 2003 et, enfin, une «épaule gelée» à droite depuis le printemps 2005.

    L'assurée se plaignait de la persistance de cervicalgies droites avec une irradiation algique C6 au niveau du membre supérieur droit, associées à un engourdissement et à une relative diminution de la sensibilité au niveau des deux premiers doigts, mais sans paresthésies, ni déficit moteur. Les douleurs n'avaient pas de caractère insomniant. Elle se plaignait également de douleurs résiduelles au niveau de son épaule droite, mais avec une amélioration depuis qu'elle avait eu deux infiltrations, notamment quant à la mobilité et à la douleur. Enfin, il persistait des sciatalgies droites de topographie L5, avec discret engourdissement sur la face dorsale du pied droit mais sans limitations à la marche. Les douleurs lombaires pouvaient être exacerbées si elle restait assise plusieurs heures d'affilée. Il a signalé qu'elle pouvait s'occuper de ses activités ménagères sans aide. Elle avait toutefois besoin de l'aide de son mari pour retirer des pulls serrés, mais autrement, elle était parfaitement autonome. Après avoir effectué un status neurologique et un EMG, l'expert a posé les diagnostics suivants: des cervico-brachialgies à prédominance C7 à droite, irritatives, discrètement déficitaire du point de vue réflexe, dans le cadre de troubles dégénératifs étagés de C4 à C7 avec rétrécissement des trous de conjugaison concernant les racines C5, C6 et C7 bilatéralement; des cervico-brachialgies C7 gauches anamnestiques en 1997, non déficitaires; des lombo-sciatalgies L5 droites secondaires à une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droites luxée vers le bas, à ce jour non déficitaires; des omalgies droites d'origine non déterminée (printemps 2005). Dans le cadre de son appréciation, il a indiqué que s'agissant des

lombo-sciatalgies, l'évolution avait été favorable, à plus forte raison que l'assurée ne travaillait plus depuis novembre 2003. S'agissant des cervico-brachialgies C6 et C7 droites, discrètement déficitaires du point de vue réflexe, elles étaient apparues au printemps 2003. Les avis neurologiques et neurochirurgicaux des Drs C_____, E_____ et F_____ ainsi que les investigations par IRM cervicales effectuées les 11 août 2003 et 27 septembre 2004 avaient favorisé une attitude conservatrice, au vu d'une corrélation radiologico-clinique relativement médiocre. Une approche thérapeutique avec blocs sélectifs des articulaires postérieures n'avait pas apporté d'amélioration significative d'un point de vue subjectif. En mai 2005, des douleurs scapulaires droites étaient apparues. Le bilan radiologique de l'épaule droite effectué en mai 2005 était physiologique. Il y avait eu une bonne réponse thérapeutique à deux infiltrations locales. D'un point de vue clinique, l'expert retenait la présence d'un syndrome cervico-vertébral et lombo-vertébral relativement marqué. D'un point de vue radiculaire, au niveau des membres supérieurs, hormis une relative hyporéflexie tricipitale droite, il n'y avait pas de symptômes déficitaires. Au niveau des membres inférieurs, il n'y avait aucun déficit radiculaire. Le reste de l'examen neurologique pouvait être considéré comme physiologique. D'un point de vue myographique, il notait tout au plus une très discrète atteinte neurogène chronique en C7 à droite. La patiente souffrait donc d'une cervico-brachialgie à prédominance C7 droite, irritative, discrètement déficitaire du point de vue réflexe ainsi que d'une lombo-sciatalgie droite L5 non déficitaire. En l'état, les cervico-brachialgies étaient les plus invalidantes du point de vue algique. Dans le cadre de son activité professionnelle de secrétaire, l'assurée relatait une aggravation de la symptomatologie lombo-sciatalgiante si elle restait assise plus d'une heure d'affilée. Parallèlement, il y avait également une exacerbation des cervico-brachialgies droites. Selon l'expert, la symptomatologie ne représentait pas plus de 50 % d'incapacité de travail dans le cadre de l'activité de secrétaire, activité qui était la plus adaptée à sa situation. Il y avait indiscutablement des troubles dégénératifs étagés au niveau cervical et lombaire, mais actuellement sans contrainte radiculaire majeure, ni signes de souffrance médullaire. Un taux de 50 % permettait un ménagement raisonnable et optimal, en prévoyant une alternance des stations assises et debout. L'évolution des troubles dégénératifs arthrosiques au niveau cervical entre 1997 et 2004 restait relativement discrète du point de vue radiologique. Il ne voyait pas, en l'état, d'indication à répéter des investigations. Il n'y avait pas non plus, en l'état, d'indication pour une nouvelle présentation neurochirurgicale. Du point de vue thérapeutique, si les dysesthésies devenaient trop invalidantes, un essai thérapeutique avec un anti-dépresseur tricyclique pouvait être proposé. L'assurée allait finir par ailleurs le traitement en cours pour son épaule droite. Étaient joints à son expertise les rapports établis par

les Drs F_____ (rapports des 10 et 29 septembre 2004), C_____ (rapports des 21 mai 1997, 16 mai et 15 août 2003), D_____ (rapport du 11 août 2003), E_____ (rapport du 10 octobre 2003), et I_____ (rapport du 15 octobre 2004) (pièce 32 chargé intimé).

21. Dans son avis du 26 août 2005, le Dr J_____ du SMR a indiqué que l'expert avait confirmé les répercussions douloureuses et invalidantes des affections décrites par le Dr H_____, sans toutefois déceler de pathologies neurologiques déficitaires motrices (seulement au niveau des réflexes). L'expert avait estimé que le métier de l'assurée était le plus adapté à son handicap et à son niveau de formation et que la poursuite de celui-ci à 50 % était exigible, conclusion à laquelle le Dr J_____ adhérait également. Par conséquent, les atteintes principales à la santé retenue étaient: des cervico-brachialgies à prédominance C7 à droite, irritatives, discrètement déficitaires du point de vue réflexe, dans le cadre de discopathies étagées C4-C7 avec rétrécissement des trous de conjugaison C4-C7 bilatéralement ainsi que des lombosciatalgies L5 droites, sur hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite, luxée vers le bas. L'omalgie droite, qui était en voie de régression, et les cervico-brachialgies C7 gauches amendées depuis 1997 n'étaient par contre pas du ressort de l'AI. La capacité de travail exigible était de 50% dans l'activité habituelle, laquelle était la mieux adaptée à l'assurée, compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes: position assise et debout prolongées de plus d'une heure, pas d'alternance de la position de travail, travail en extension de la colonne cervicale (pièce 33 chargé intimé).

22. Par décision du 22 novembre 2005, l'assurée a été reconnue invalide à 50 % dès le 1er août 2004. Il résultait des conclusions de l'expertise médicale que l'incapacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle de secrétaire, profession qui était la plus adaptée à son handicap. Son incapacité de travail se confondait ainsi avec son incapacité de gain et des mesures d'ordre professionnel ne permettaient pas de rétablir sa capacité de gain (pièce 37 chargé intimé).

23. Par courrier du 22 décembre 2005, l'assurée s'est opposée à la décision de l'OCAI, en faisant valoir que les traitements entrepris jusqu'alors n'avaient pas diminué les douleurs et que depuis deux mois, celles-ci s'étaient aggravées, ce qui l'empêchait de reprendre une activité professionnelle. Elle a par ailleurs annoncé qu'une consultation auprès du Dr L_____, spécialiste en médecine interne et du sport, et spécialiste FMH en médecine physique et de rééducation, était prévue pour un nouveau examen et bilan (pièce 38 chargé intimé).

24. Dans son rapport daté du 14 février 2006, le Dr L_____ a indiqué que les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient: des rachialgies chroniques (des troubles statiques et dégénératifs du rachis cervico-lombaire; des discopathies lombaires étagées; un canal cervical étroit) ainsi que des scapulalgies droites chroniques (PSH au décours; un conflit sous-acromial). L'état de santé de l'assurée était globalement stationnaire, dans un équilibre très précaire avec fluctuation des douleurs et des capacités fonctionnelles. L'incapacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient indiquées, selon la tolérance du membre supérieur droit et du rachis aux contraintes physiques. L'assurée n'avait besoin de l'aide de personne pour accomplir les activités ordinaires de la vie et adaptait son rythme. Le traitement en cours consistait en la mise en route d'un traitement antalgique de fond et l'instauration d'une physiothérapie à sec et en piscine. Le pronostic était globalement dépendant de la réponse au traitement, mais il semblait réservé au vu des atteintes du rachis cervical et lombaire. Selon lui, les atteintes à la santé entraînaient une incapacité de travail totale dans l'activité de secrétaire. On pouvait cependant exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité, sans port de charges, avec alternance des positions et respectant les contraintes du rachis cervical et lombaire, et ce au maximum à 50 %. Il fallait s'attendre à une diminution du rendement de 10 %. L'assurée avait les capacités fonctionnelles suivantes: la position assise au maximum 45 minutes, la position debout au maximum 30 minutes, l'alternance des positions assis/debout, l'alternance assis/debout/marche, le parcours à pied au maximum 60 minutes, lever, porter ou déplacer des charges de 2 à 5 kg maximum, des mouvements occasionnels des membres ou du dos. L'assurée n'avait plus la capacité de garder la même position du corps pendant longtemps, d'être à genou ou accroupie, d'avoir le buste incliné, d'utiliser les deux bras et mains, de se baisser régulièrement, enfin elle ne pouvait ni travailler en hauteur, ni se déplacer sur seuls irréguliers ou en pente. Sa capacité de travail, compte tenu des limitations fonctionnelles citées, était à réévaluer dans les quatre à six mois, étant donné que le traitement avait débuté le 2 février 2006. S'agissant des examens médicaux spécialisés, le Dr L_____ a joint à son appréciation, une copie des rapports établis par les Drs G_____ (rapports des 10 mai 2005 et 4 décembre 2003), A_____ (rapports des 6 septembre 2004 et 24 janvier 2003) et D_____ (rapport du 11 août 2003) (pièces 45,46 et 47 chargé intimé).

25. Par décision sur opposition du 27 février 2006, l'OCAI a confirmé sa décision du 22 novembre 2005. Il a fait remarquer que si le Dr L_____ avait certes indiqué que la poursuite de l'activité habituelle était contre-indiquée, il avait également précisé que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une activité professionnelle à 50 % n'impliquant pas de port de charges, permettant d'alterner les

positions et respectant les contraintes du rachis cervical et des lombaires. L'OCAI a par ailleurs jugé que le rapport du Dr L_____ ne faisait ressortir aucun nouvel élément objectif permettant de modifier le taux d'activité exigible retenu (pièce 48 chargé intimé).

26. Au nom et pour le compte de l'assurée, Maître AMMANN a, en date du 30 mars 2006, interjeté recours contre la décision sur opposition de l'OCAI, en concluant à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, et à ce qu'une rente complète d'invalidité soit octroyée. La recourante fait grief à l'intimé de pas avoir retenu la dégradation de son état de santé qui ressort du rapport du Dr L_____, dont elle souligne qu'il s'agit du dernier bilan médical établi et estime qu'il devrait primer sur l'expertise du Dr K_____, d'autant que le Dr L_____ la suit depuis de nombreuses années et est donc mieux placé pour évaluer son état de santé.

    La recourante affirme que, contrairement à ce que le Dr K_____ a mentionné dans son rapport, elle a toujours affirmé avoir besoin de l'aide systématique de son mari, n'être pas capable de s'occuper de ses tâches ménagères et être très fortement handicapée pour tous les actes du quotidien.

    Elle fait valoir que, vu les contradictions entre le rapport médical du Dr L_____ et l'expertise du Dr K_____, une contre-expertise est nécessaire.

    Enfin, elle reproche à l'intimé de n'avoir absolument pas tenu compte du fait qu'elle n'a pas de formation particulière et qu'elle est demeurée inactive depuis près de trois ans.

27. Par écriture du 20 avril 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il fait valoir qu'il est inutile de procéder à une expertise complémentaire en l'absence d'élément médical nouveau, le Dr L_____ n'ayant fait état d'aucun nouveau diagnostic, ni d'aucune aggravation notable. Selon l'intimé, le Dr L_____ rejoint même l'appréciation de la capacité de travail du Dr K_____, dans la mesure où il constate que la recourante est apte à exercer une activité légère à hauteur de 50%. Or, selon lui, une activité administrative de type secrétariat correspond à une activité légère, adaptée à des limitations fonctionnelles somme toute modestes, de sorte qu'il y a lieu de confirmer que la recourante est apte à reprendre un emploi à temps partiel en tant que secrétaire, activité dans laquelle elle dispose d'une expérience professionnelle solide.

28. Par courrier du 25 septembre 2006, la recourante a sollicité l'audition de témoins.

29. Lors de l'audience qui s'est tenue le 2 novembre 2006, le Tribunal de céans a entendu, à titre de renseignements, M. R_____, mari de la recourante ainsi que Mme R_____, fille de la recourante. Ces derniers ont notamment expliqué que la recourante était auparavant très active aux niveaux professionnel et privé, qu'elle avait notamment pratiqué l'équitation et que son travail était sa passion. Ils ont tous deux constaté que la recourante éprouve des difficultés dès qu'il s'agit de faire un effort et qu'elle doit faire plus lentement toutes les choses de la vie quotidienne. Selon eux, l'état de santé de la recourante s'est aggravé.

30. Le Tribunal de céans a également entendu, en qualité de témoin, Mme Léa PASQUIER, une amie la recourante, qui a notamment expliqué que, selon elle, l'état de santé de la recourante s'était encore péjoré après 2005.

31. Lors de l'audience qui s'est tenue le 23 novembre 2006, le Tribunal de céans a entendu le Dr L_____, lequel a déclaré :

> "Je suis spécialisé en médecine physique et rééducation. Je suis Madame R_____ depuis 2005. A l'origine elle m'a consulté pour un second avis sur le point de savoir si elle souffrait ou non de fibromyalgie. J'ai exclu ce diagnostic. En revanche, je confirme celui de sciatalgies droites chroniques, celui de lombo-sciatalgies droites sur troubles statiques et dégénératifs ainsi que celui de cervico-brachialgies droites. Les scapulagies sont traitées par le Prof. M_____. Je me suis donc principalement occupé du traitement des deux autres affections. Du point de vue strictement somatique, il n'y a pas eu d'évolution dans l'état de la patiente depuis que je la suis : le diagnostic n'a pas changé. En revanche, j'estime que leur impact sur les limitations fonctionnelles et la vie sociale et quotidienne de la patiente s'est péjoré depuis le début de ma prise en charge. Je confirme que le trouble dont est atteinte Madame R_____ est dégénératif, ce qui implique une dégradation sans qu'il soit possible d'indiquer à quel rythme. Il ne peut en résulter une surdité. En revanche, ces troubles peuvent avoir pour conséquence des problèmes d'équilibre, des difficultés à monter une pente ou au contraire à la descendre. Au nombre des autres limitations, je me réfère à mon rapport médical destiné à l'OCAI ; pour mémoire, il s'agit d'éviter le port de charges, la station assise ne doit pas dépasser 45 minutes, la station debout, immobile, doit être limitée à 30 minutes, il faut également éviter les positions en porte-à-faux et en torsion du tronc ainsi que celles qui impliquent d'avoir les bras au-dessus de l'horizontale.
> J'ai eu connaissance de rapport du Dr K_____ du 17 juillet 2005. Pour ma part, je conclus à une totale concordance radio-clinique entre les documents à disposition et les limitations dont se plaint la patiente. Le Dr K_____ a fait

une excellente anamnèse. Cependant, j'ai été frappé d'une part par le fait qu'il concluait à une "concordance médiocre", d'autre part par certaines variations dans le diagnostic (ainsi on parle alternativement d'une atteinte de la 6ème et de la 7ème racine nerveuse). Par ailleurs, j'ai constaté qu'au nombre des limitations fonctionnelles de la patiente il n'évoquait que le fait de devoir conserver une position statique et la nécessité d'alterner les positions, ce qui ne tient en réalité compte que de la pathologie lombaire et non de la pathologie cervicale.

Depuis le 16 octobre dernier, j'ai prescrit à la patiente un dérivé de morphine, ceci afin d'augmenter l'effet anti-douleur de la médication qui lui est prescrite. Je l'ai revue en consultation hier et ai doublé la dose. L'objectif est de soulager au mieux la patiente. Pour en revenir aux limitations fonctionnelles, je précise que cette prescription peut avoir des effets sur la concentration et la fatigabilité. Je n'en ai cependant pas fait mention dans mon rapport puisque je viens de l'introduire. A mon avis, l'activité de secrétariat n'est plus adaptée dans la mesure où elle implique une position de flexion contrariée de la nuque, notamment. En revanche, dans l'idéal, dans une activité respectant les limitations dont j'ai parlé plus haut peut-être Madame R_____ pourrait-elle travailler à 50% étant précisé qu'il y aurait une baisse de rendement d'environ 20% pour tenir compte de la nécessité de faire des pauses et de la fatigabilité.

Pour répondre à une question, et bien que cela ne soit pas ma spécialité, je ne pense pas qu'il existe de syndrome dépressif sous-jacent. Madame R_____ m'a toujours donné l'impression d'avoir des ressources importantes. J'ajouterai qu'elle est motivée, qu'elle fait tout pour s'en sortir, que sa compliance au traitement est totale et que je crois sa souffrance authentique."

30. Le Tribunal de céans a informé les parties, par courrier du 9 mai 2007, de son intention de mettre en œuvre une expertise et a communiqué aux parties le nom de l'expert et les questions qu'il avait l'intention de lui poser. Un délai a été imparti à la recourante et à l'intimé pour compléter celles-ci et faire valoir, le cas échéant, des motifs de récusation de l'expert.

31. Par plis des 29 et 31 mai 2007, l'intimé, respectivement la recourante, se sont déterminés sur ces points. Les parties n'ont pas formulé d'observations particulières quant au choix de l'expert et à la mission d'expertise.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941(LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En l'espèce, dans la mesure où l'incapacité de travail déterminante a débuté en 2003, la LPGA, du point de vue matériel, est applicable.

   Toutefois, il convient d'ajouter que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, d'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

   En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 131 V 314 consid. 3.3; 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, conformément aux art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige porte sur le degré d'invalidité que présente la recourante en raison des atteintes à la santé dont elle souffre.

5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

   b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine).
6. 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).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

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). 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). 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

7. En l'espèce, force est de constater que s'agissant des répercussions qu'entraînent les atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante, le rapport d'expertise établi le 8 juillet 2005 par le Dr K_____ entre en contradiction avec l'expertise du Dr H_____ du 27 mai 2004 et les appréciations faites par les Drs F_____ (rapport du 10 septembre 2004) et L_____ (rapport du 14 février 2006).

   Ainsi, selon le Dr K_____, la profession de secrétaire est l'activité la mieux adaptée aux atteintes à la santé dont souffre la recourante alors que, pour les Drs H_____, F_____ et L_____, cette activité n'est pas exigible vu les cervico-brachialgies droites dont elle souffre.

   Or, l'expertise du Dr K_____ n'emporte pas la conviction du Tribunal de céans. Il apparaît en effet évident que les limitations fonctionnelles relatives aux troubles du rachis cervical, lesquels constituent, au demeurant, l'atteinte à la santé la plus importante dont souffre la recourante, n'ont pas été prises en compte par cet expert lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de cette dernière. Ainsi, selon le Dr K_____, l'activité de secrétaire doit prévoir une alternance des stations assises et debout. Or, comme l'a expliqué de manière convaincante le Dr L_____ lors de son audition le 23 novembre 2006, cette limitation ne tient compte que de la pathologie lombaire et non de la pathologie cervicale. Le Dr J_____ du SMR semble d'ailleurs avoir également constaté cette lacune puisque, dans son avis du 26 août 2005, s'il se fonde exclusivement sur l'expertise du Dr K_____ s'agissant du taux de la capacité de travail exigible, il se réfère néanmoins à l'expertise du Dr H_____ pour ce qui concerne les limitations fonctionnelles quant au rachis cervical. Le rapport du Dr K_____ est partant lacunaire sur ce point.

Le Tribunal de céans constate par ailleurs que les Drs H_____ et F_____ ne se sont quant à eux pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle de la recourante.

Quant aux appréciations du médecin-conseil de l'intimé, elles ne sont pas déterminantes en l'espèce, ledit médecin n'ayant pas examiné la recourante et s'étant, au demeurant, fondé uniquement sur l'expertise du Dr K_____ pour fixer la capacité de travail de la recourante. Enfin, le Dr L_____ étant le médecin-traitant de la recourante, il n'est pas possible de statuer sur la base de ses seules constatations et conclusions.

Le Tribunal de céans constate ainsi que le dossier n'est pas en état d'être jugé. Aussi, par souci de célérité et par économie de procédure, le Tribunal de céans a-t-il décidé de soumettre la recourante à une expertise judiciaire rhumatologique, pour trancher les divergences d'opinion et déterminer les répercussions qu'entraînent les atteintes à la santé dont souffre la recourante sur sa capacité de travail. L'expertise rhumatologique sera confiée au Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale.
3. La confie au Dr N_____, rhumatologue.
4. 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 la recourante.
    c. Examiner la recourante.
    d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
        1. Anamnèse
        2. Données subjectives de la personne
        3. Constatations objectives
        4. Diagnostic(s)
        5. Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante, en pour-cent.
        6. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
        7. Appréciation du cas
        8. L'activité de secrétaire est-elle raisonnablement exigible de la part de la recourante et compte tenu de ses limitations au niveau cervical plus particulièrement ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année)? Si

oui, à quel taux et depuis quand (mois et année)? Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand (mois et année)? La recourante présente-t-elle des limitations physiques dans cette activité? Si oui, lesquelles et pourquoi?

9. Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de la recourante? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année)? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année)? Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand (mois et année)? Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir des limitations fonctionnelles.
10. Tous les traitements ont-ils été tentés? Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur la capacité de travail de la recourante.
11. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?
12. Pronostic
13. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à celle que vous auriez fournie à la date de la décision rendue par l'intimé le 27 février 2006? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient?
14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

5. Invite l'expert à rendre son expertise d'ici au 8 octobre 2007 en deux exemplaires au Tribunal de céans ;

6. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière — La Présidente

Janine BOFFI — Karine STECK

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