

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1141/2006

ATAS/1290/2009

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**  
**DU TRIBUNAL CANTONAL DES**  
**ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 21 octobre 2009**

En la cause

Madame R\_\_\_\_\_, domiciliée à AVULLY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Franck AMMANN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente.**

---

### EN FAIT

1. Madame R\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), ressortissante suisse, née en 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-radicaire 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 C\_\_\_\_\_, 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 D\_\_\_\_\_, 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 radicaire 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 résonance 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 E\_\_\_\_\_, 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 D\_\_\_\_\_ 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 F\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de neurochirurgie auprès du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS. Ce dernier a indiqué 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 intime).

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 intime).
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 intime).
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'unarthrose (pièce 45 chargé intimé).

15. Le 10 septembre 2004, le Dr C\_\_\_\_\_ 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 diagnostique, 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 C\_\_\_\_\_ a rappelé que l'ENMG effectué le 16 mai 2003 par le Dr D\_\_\_\_\_ 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 CLINIQUE CECIL. 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 CLINIQUE CECIL, 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 intracanaulaire 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 déficitaires 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 D\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ 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-sciatalgiant 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 C\_\_\_\_\_ (rapports des 10 et 29 septembre 2004), D\_\_\_\_\_ (rapports des 21 mai 1997, 16 mai et 15 août 2003), E\_\_\_\_\_ (rapport du 11 août 2003), F\_\_\_\_\_ (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 E\_\_\_\_\_ (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 S\_\_\_\_\_, 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 suivre la recourante depuis 2005. Il avait diagnostiqué des scapulalgies droites chroniques, des lombo-sciatalgies droites sur troubles statiques et dégénératifs ainsi que des cervico-brachialgies droites. Les scapulalgies étaient traitées par le Prof. M\_\_\_\_\_. Du point de vue strictement somatique, il n'y avait pas eu d'évolution dans l'état de la patiente. En revanche, l'impact des diagnostics sur les limitations fonctionnelles et la vie sociale et quotidienne de la patiente s'était péjoré depuis le début de sa prise en charge. Il avait eu connaissance de rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 17 juillet 2005. Pour sa part, il concluait à une totale concordance radio-clinique entre les documents à disposition et les limitations dont se plaignait la patiente. Le Dr K\_\_\_\_\_ avait fait une excellente anamnèse. Cependant, le témoin était 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, le témoin avait constaté qu'au nombre des limitations fonctionnelles de la patiente l'expert 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. Il a ajouté que depuis le 16 octobre 2006, il avait 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, étant précisé que cette prescription peut avoir des effets sur la concentration et la fatigabilité. A son 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 ces limitations, peut-être que la recourante pourrait 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.

32. Après en avoir informé les parties, le Tribunal de céans a, par ordonnance d'expertise du 6 juin 2007, mis en œuvre une expertise et l'a confiée au Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatismales et en médecine interne. Le Tribunal de céans a notamment constaté que les documents versés au dossier ne permettaient pas de trancher les divergences d'opinion quant aux répercussions qu'entraînent les atteintes à la santé dont souffre la recourante sur sa capacité de travail (ATAS/659/2007).
33. En date du 26 novembre 2007, le Dr N\_\_\_\_\_ a rendu son rapport, fondé sur un examen de la recourante effectué le 12 novembre 2007, l'étude du dossier ainsi que des examens radiologiques pratiqués au niveau des deux épaules. L'expert a posé les diagnostics suivants : des cervico-brachialgies à prédominance C7 droite, irritative, une tendinopathie du sus-épineux au niveau de l'épaule droite et une déchirure totale du sus-épineux de l'épaule gauche. Chacune des trois pathologies entraînaient une incapacité de travail totale. La recourante présentait également des lombosciatalgies L5 droites au décours, mais sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a expliqué qu'au moment de l'expertise, la recourante présentait une atteinte des deux épaules qui interférait et aggravait la situation initiale limitée à la région cervico-brachiale droite. L'activité de secrétaire n'était alors plus exigible en raison des cervico-brachialgies droites et de la pathologie des épaules. Selon l'expert, la pathologie touchant les deux épaules était un élément nouveau, entraînant une aggravation notable de l'état de santé de la recourante et conduisant à une diminution de sa capacité de travail. La recourante présentait des limitations physiques évidentes, l'empêchant d'exercer normalement ses activités antérieures et aucune activité adaptée n'était raisonnablement exigible de sa part.

Le Dr N\_\_\_\_\_ pensait que la pathologie de l'épaule gauche était déjà présente au moment de la décision litigieuse (27 février 2006), quand bien même les rapports n'en faisaient aucune mention. En conclusion, l'expert a relevé que l'expertise confirmait la présence d'éléments médicaux nouveaux, un nouveau diagnostic et une aggravation notable.

34. Par pli du 10 janvier 2008, l'intimé a expliqué avoir soumis l'expertise au SMR. Selon l'avis de la Dresse O\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2007, auquel l'intimé se réfère, le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ est insuffisant dès lors qu'il ne répond pas aux questions posées.
35. Par courrier du 22 janvier 2008, le Tribunal de céans a posé à l'expert des questions complémentaires, et l'a invité à prendre, si nécessaire, tous renseignements utiles auprès du Prof. M\_\_\_\_\_, médecin ayant traité les scapulalgies dont souffre la recourante.

36. Par complément daté du 28 janvier 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a expliqué notamment que les cervico-brachialgies avaient justifié une incapacité de travail à 50% du 11 août au 7 septembre 2003, puis du 3 octobre au 25 novembre 2003, date à partir de laquelle la situation s'était aggravée avec une incapacité de travail totale. Cette incapacité de travail totale était pleinement justifiée.

Il a ajouté que les cervico-brachialgies droites puis l'apparition d'une pathologie touchant les deux épaules, interfèrent avec l'activité professionnelle de secrétaire de la recourante, de sorte qu'elle n'est plus exigible de la part de la recourante vu son état de santé actuel.

L'expert a indiqué que même si le diagnostic de la pathologie des épaules n'avait pas été clairement posé par ses confrères, il interférait déjà avec les limitations physiques présentées par la patiente. Selon lui, une activité adaptée n'était pas raisonnablement exigible au vu des pathologies constatées et qui n'avaient été traitées que partiellement.

Par ailleurs, selon l'expert, on peut raisonnablement penser que le traitement de la pathologie des épaules amènerait une amélioration significative et une possible reprise d'une activité lucrative adaptée. Il n'était donc pas déraisonnable d'envisager une reprise des activités antérieures, soit l'activité de secrétaire. Cette activité devait cependant éviter tout effort de manipulation (port de dossiers). Une reprise de l'activité de secrétaire pouvait donc être envisagée à moyen terme, à un taux fixé en fonction de l'amélioration obtenue.

S'agissant des cervico-brachialgies, tous les traitements avaient été entrepris.

A la question de savoir pour quelles raisons des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables, l'expert a expliqué que le travail de secrétaire est un travail relativement peu contraignant. La recourante n'est actuellement pas en mesure d'effectuer ce type de travail et il n'est pas envisageable d'exiger d'elle une autre activité professionnelle.

Enfin, l'expert a indiqué que le Prof. M\_\_\_\_\_ avait cessé ses activités professionnelles.

37. Par courrier du 13 mars 2008, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il indique avoir soumis le complément d'expertise au SMR. Dans un avis du 26 février 2008 rédigé par la Dresse O\_\_\_\_\_, auquel se réfère l'intimé, cette praticienne fait notamment valoir que l'expert ne répond pas précisément aux questions posées par le Tribunal que ses réponses ne permettent pas d'expliquer les raisons pour lesquelles la recourante aurait une incapacité de travail totale dans une activité de secrétaire, laquelle est peu contraignante, aux dires de l'expert lui-même.

38. Le 16 octobre 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a été entendu par le Tribunal de céans, qui a déclaré :

« Il est vrai que l'activité de secrétariat est peu contraignante, mais la raison pour laquelle j'ai conclu à l'incapacité de la patiente à l'exercer, c'est que lorsque je l'ai examinée, s'était ajouté un problème supplémentaire à ceux évoqués dans les rapports médicaux. Ces derniers ne parlaient en effet que d'un problème rencontré par la patiente au bras, alors que lorsque je l'ai examinée, elle souffrait également des deux épaules. Cela a pour conséquence que s'il lui serait sans doute possible de taper sur un clavier, elle ne serait en revanche pas dans la capacité de porter la moindre charge, telle qu'un dossier par exemple, ou de faire des mouvements des bras au-dessus de l'horizontale. La pathologie présentée par la patiente au niveau des épaules est tout à fait courante et se traite assez bien. L'épaule droite pourrait être traitée simplement par le biais de médicaments, infiltrations, ou encore physiothérapie. L'épaule gauche, quant à elle, nécessiterait un traitement plus lourd, chirurgical, mais courant. En cas de bonne réponse au traitement, il est vraisemblable que la capacité de travail de la patiente pourrait être restaurée dans une proportion qui lui permettrait la reprise, à tout le moins partielle, de ses activités, sans qu'il me soit possible d'être plus précis à cet égard. Je ne me suis pas réellement écarté des conclusions de l'expertise neurologique. J'explique que j'ai simplement constaté qu'au problème initial (cervical avec répercussions sur le bras), s'était ajoutée une seconde pathologie qui compliquait sans aucun doute la première. La superposition des deux pathologies a pour conséquence qu'elles sont tellement imbriquées qu'il est difficile de déterminer l'incapacité de travail due à l'une et à l'autre. Il conviendrait, après avoir traité les épaules comme je l'ai indiqué plus haut, de procéder à une nouvelle évaluation de la pathologie chronique initiale qui, à n'en pas douter, restera présente. En effet, les cervico-brachialgies de Madame sont d'origine dégénérative, de sorte qu'elles ne peuvent aller qu'en s'aggravant, ou, au mieux, rester stables. Ainsi que je l'ai indiqué, je pense que tous les traitements possibles ont été pratiqués en la matière et que tout ce qui pouvait être fait l'a été. Ainsi que je l'ai indiqué, il m'est impossible de faire abstraction de la pathologie aux épaules pour me prononcer sur la capacité de travail de la patiente avant son apparition. Il me semble en effet que cette pathologie, qui n'a pas été mise en évidence plus tôt, voire a été occultée, était déjà présente auparavant, sans qu'il me soit possible de dire depuis quand. L'incapacité de la patiente dans l'activité de secrétaire remonte à mon sens au moment où sont apparus les premiers symptômes, soit au mois de janvier 2003. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : le port de charges, mêmes légères, l'élévation des bras. Parfois, même la simple frappe sur le clavier peut poser problème. Il s'agira par ailleurs de veiller à ce que les conditions ergonomiques du poste de travail soient optimales (hauteur de l'écran, position du siège). L'état de la patiente a évolué dans le temps. Je constate, à la lecture du premier rapport, que c'est avant tout la problématique du bras qui était évoquée, même si l'on mentionnait déjà les douleurs à une épaule. C'est ce qui m'a donné l'idée d'examiner de plus près les épaules de la patiente, qui n'avaient pas été vraiment examinées jusque là. »

39. Par courrier du 13 novembre 2008, l'intimé a persisté dans ses conclusions et a produit un avis du 30 octobre 2008 du Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale auprès du SMR. Ce dernier explique avoir examiné, avec le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, les déclarations faites par

l'expert lors de son audition et ne pas comprendre sur quel argument ce dernier se base pour justifier une incapacité de travail complète dans l'activité de secrétaire, ce d'autant plus qu'il admet que cette activité est peu contraignante. Quant à l'affirmation de l'expert selon laquelle le problème d'épaule empêche la recourante de porter la moindre charge, elle n'est pas étayée par un status détaillé du point de vue rhumatologique démontrant que la recourante ne peut porter la moindre charge, même minime. Selon le Dr P\_\_\_\_\_, il n'y a donc aucun argument rhumatologique justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité.

40. Par courrier du 12 janvier 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions au vu de l'expertise parfaitement claire, selon elle, du Dr N\_\_\_\_\_.
41. Par courrier du 13 mai 2009, le Tribunal de céans a interrogé le Prof. M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans un courrier daté du 20 mai 2009, ce médecin explique avoir traité la recourante du 18 mai au 30 août 2005, période pendant laquelle elle a été dans l'incapacité totale de travailler. Il avait alors diagnostiqué une capsulite rétractile de l'épaule droite, ainsi qu'une arthrose cervicale et lombaire. Selon lui, les lombalgies n'avaient manifestement pas de conséquence sur la capacité de travail. L'atteinte à l'épaule droite entraînait, quant à elle, une incapacité de travail à 50% dans l'activité de secrétaire jusqu'à août 2005. Par la suite, étant donné que la mobilité de l'épaule droite était retournée à la norme, l'activité de secrétaire aurait donc été possible. Cela étant, des limitations persistaient s'agissant de la nuque et la patiente signalait, en août 2005, des douleurs importantes lorsqu'elle devait rester la tête penchée en avant durant plus de 20 minutes. Enfin, selon ce spécialiste, si des douleurs cervicales persistent, il est possible que le travail de secrétaire ne soit pas le mieux adapté.
42. Par courrier du 25 juin 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions, relevant que les éléments apportés par le Prof. M\_\_\_\_\_ démontrent qu'en 2005, elle se plaignait de douleurs dans les épaules et que ces douleurs annihilèrent clairement sa capacité de travail.
43. Par courrier du 25 juin 2009, l'intimé a également persisté dans ses conclusions. Il indique avoir soumis le rapport du Prof. M\_\_\_\_\_ au SMR. Dans un avis du 23 juin 2009, rédigé par le Dr P\_\_\_\_\_, ce dernier fait valoir que le Prof. M\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur les répercussions des troubles cervicaux sur une activité de travail résiduelle, ni d'ailleurs sur celui de secrétaire. Il estime qu'il convient de retenir les conclusions du SMR selon lesquelles la recourante a une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, et soutient que son activité habituelle de secrétaire correspond à une activité adaptée.
44. Le 30 juin 2009, le Tribunal de céans a transmis aux parties copie de ces écritures.
45. Le Tribunal de céans a informé les parties qu'il se proposait de procéder à une expertise et leur a imparti un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation

contre l'expert pressenti et compléter éventuellement la liste des questions qui lui seraient posées.

### **EN DROIT**

1. Le Tribunal de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 6 juin 2007, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. Le litige porte sur le degré d'invalidité que présente la recourante en raison des atteintes à la santé dont elle souffre.
3. Les dispositions légales et principes jurisprudentiels applicables ont été exposés dans l'ordonnance du 6 juin 2007.

Il sied d'ajouter que le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Par ailleurs, 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).

4. En l'occurrence, le Dr N\_\_\_\_\_ a été mandaté par le Tribunal de céans afin notamment de déterminer les répercussions qu'entraînent les atteintes à la santé dont souffre la recourante sur sa capacité de travail et de trancher les divergences d'opinion quant à la question de savoir si l'activité habituelle de secrétaire correspond à une activité adaptée.

A la lecture du rapport d'expertise du 26 novembre 2007, complété le 28 janvier 2008, le Tribunal de céans constate que les appréciations très succinctes du Dr N\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de la recourante manquent de clarté, ne sont pas motivées et apparaissent contradictoires.

Ainsi, alors que l'expert est d'avis que les cervico-brachialgies droites justifient, à elles seules, une incapacité de travail totale (rapport du 26 novembre 2007, p. 6 et rapport du 28 janvier 2008, p. 1), il indique néanmoins que le traitement de la pathologie des épaules permettrait une reprise de l'activité de secrétaire, étant précisé que la recourante devrait alors éviter le port de dossiers (rapport du 28 janvier 2008, p. 2). Rien ne permet de comprendre pour quels motifs l'expert ne prend alors plus en compte les cervico-brachialgies.

Il y a lieu également de noter que l'expert n'indique pas les limitations fonctionnelles qu'impliquent les diagnostics posés. Il n'explique pas non plus les raisons pour lesquelles la recourante ne peut exercer une activité adaptée, se contentant de dire que l'inexigibilité est due « aux pathologies constatées » (rapport du 28 janvier 2008, p. 2).

Les réponses apportées par l'expert lors de son audition par-devant le Tribunal de céans sont, de surcroît, en contradiction avec la teneur de ses rapports. Ainsi, le Dr N\_\_\_\_\_ explique notamment avoir conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité de secrétaire au motif que la recourante présentait, au moment de l'expertise, une pathologie aux deux épaules venant s'ajouter à la problématique initiale des cervico-brachialgies (procès-verbal d'enquêtes du 16 octobre 2008). Or, comme cela a été déjà relevé, l'expert a pourtant confirmé que le trouble relatif aux cervico-brachialgies justifie, à lui seul, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle (rapport du 26 novembre 2007, p. 6 et rapport du 28 janvier 2008, p. 1).

Eu égard aux considérations qui précèdent et en l'absence d'une appréciation claire de la situation médicale et de conclusions dûment motivées, le rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ n'emporte pas la conviction, de sorte qu'il ne peut se voir accorder valeur probante.

Dans la mesure où le Tribunal de céans ne peut statuer sur la base des constatations et conclusions succinctes du Prof. M\_\_\_\_\_, ce dernier ayant été le médecin traitant de la recourante, force est de constater que le dossier n'est donc pas en état d'être jugé. Aussi, le Tribunal de céans a-t-il décidé de soumettre la recourante à une nouvelle expertise judiciaire rhumatologique, qui sera confiée au Dr T\_\_\_\_\_.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr T\_\_\_\_\_, rhumatologue. 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? 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.
2. Invite l'expert à rendre son expertise dans les meilleurs délais en trois exemplaires au Tribunal de céans;
  3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

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