

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3298/2007

ATAS/241/2008

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

**Chambre 6**  
**du 14 mars 2008**

En la cause

Madame G \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre

recourante

contre

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

intimé

---

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.**

---

**EN FAIT**

1. Madame G\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée, de nationalité espagnole, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 comme concierge à raison de douze heures par semaine, auprès de la Régie X\_\_\_\_\_ et était assurée à ce titre contre le risque accident auprès de la BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après : l'assureur).

Elle travaillait également comme concierge auprès de la Régie Y\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> mai 1993 et comme aide-hospitalière à 50% aux HUG depuis le 11 avril 1988.

2. Le 3 décembre 2002, l'assurée s'est blessée au dos en voulant retenir un container glissant sur une rampe. Elle s'est fait coincer contre un mur et a chuté. Elle a développé des douleurs cervico-dorsales et des douleurs de l'épaule gauche.
3. L'accident a été déclaré à l'assureur le 13 décembre 2002.
4. L'assurée n'a pas subi d'incapacité de travail.
5. Le 22 janvier 2003, le Dr L\_\_\_\_\_, chiropraticien, a attesté d'un syndrome cervico-dorsal sur entorse de l'articulation costa-vertébrale au niveau de D4.
6. Suite à la persistance de douleurs cervico-dorso-brachiales gauches, l'assurée a consulté son médecin-traitant depuis 1995, le Dr M\_\_\_\_\_, lequel a prescrit un scanner, effectué le 20 mars 2003, qui s'est révélé être dans les limites de la norme et adressé ensuite la patiente au Dr N\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH.
7. Le 3 avril 2003, le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a effectué un examen neurologique de l'assurée et estimé que les douleurs de l'épaule et cervico-dorsales généralisées dont se plaignait l'assurée n'étaient pas d'origine neurologique. Il s'agissait probablement d'un problème de tendinopathie de l'épaule gauche.
8. Le 29 septembre 2003, le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une vraisemblable lésion partielle du bourrelet glénoïdien antérieur avec lésion partielle de la coiffe.
9. Le 27 octobre 2003, l'employeur a annoncé une rechute à l'assureur dès lors que l'assurée devait se faire opérer le 1<sup>er</sup> décembre 2003 et qu'elle serait en incapacité de travail totale dès cette date.
10. Le 30 octobre 2003, le Dr N\_\_\_\_\_, a attesté d'une lésion du bourrelet +/- de la coiffe de l'épaule gauche et prévu, comme traitement, une arthroscopie.

11. Dès le 28 novembre 2003, l'assurée a été en incapacité totale de travail, attestée par le Dr M \_\_\_\_\_, et le Dr N \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2003.
12. Le 5 décembre 2003, le Dr N \_\_\_\_\_ a rendu un rapport opératoire dans lequel il atteste d'une arthroscopie de l'épaule gauche et suture scapulaire du bourrelet le 2 décembre 2003 à la suite du diagnostic de déchirure capsulaire et partielle du bourrelet glénoïdien antérieure de l'épaule gauche.
13. Le 16 décembre 2003, le Dr N \_\_\_\_\_ a précisé que les premiers soins ont été donnés le 25 septembre 2003 à la suite d'une chute "avec deux containers" et pour des douleurs à l'épaule gauche.
14. Le 10 mars 2004, le Dr N \_\_\_\_\_ a attesté d'une lente évolution et d'une incapacité de travail totale. Le 28 avril 2004, il a mentionné la présence de "beaucoup de douleurs jours et nuits".
15. Les douleurs de l'épaule gauche perdurant, le 14 mai 2004, une électroneuromyographie est effectuée par le Dr O \_\_\_\_\_, neurologue, à la demande du Dr N \_\_\_\_\_ qui conclut à l'absence de signe lésionnel radiculaire au MSG et à l'origine. Le Dr O \_\_\_\_\_ estime qu'il semble bel et bien que ces douleurs aient une origine orthopédique au sens large et non pas neurogène au vu du manque d'argument clinique et électrophysiologique en faveur d'une atteinte radiculaire.
16. Le 8 septembre 2004, le Dr N \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée présentait un status après suture capsulo-lobrale de l'épaule gauche le 2 décembre 2003 suite à une chute du 3 décembre 2002. Les suites opératoires étaient simples mais à distance, la patiente présentait une évolution défavorable avec douleurs croissantes de l'épaule gauche sous forme de périarthrite scapulo-humérale occasionnant un arrêt de travail à 100% depuis son intervention du 3 décembre 2003.
17. Le 26 juillet 2004, le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, a rendu une expertise à la demande de l'assureur. L'assurée se plaignait de persistance de douleurs cervico-brachiales gauches, faiblesse de la main gauche, douleurs dorsales hautes, para-vertébrales gauche avec des irradiations dans la région cervicale. Elle déclarait être incapable d'assumer ses tâches ménagères. Des radiographies de contrôle (colonne cervicale, dorsale et épaule gauche et droite) ne montraient aucun phénomène dégénératif ni traumatique, seulement une diminution nette de l'espace sous-acromial avec une légère sclérose du trochiter de l'épaule gauche. L'examen clinique et les radiographies n'objectivaient aucune pathologie. La chute avait déclenché une symptomatologie douloureuse para-vertébrale haute

du côté gauche, avec irradiation dans l'épaule gauche. Le diagnostic posé était le suivant : cervico-brachialgies gauches, dorsalgies, status après déchirure capsulaire et du bourrelet glénoïdien de l'épaule gauche, status 7 mois après suture capsulaire et du bourrelet glénoïdien de l'épaule gauche. Bien que le diagnostic de déchirure capsulaire et du bourrelet glénoïdien de l'épaule gauche lui paraissait surprenant, il admettait toutefois - considérant que l'assurée n'avait jamais souffert de son épaule gauche avant la chute - un lien de causalité probable entre l'accident et les plaintes actuels. L'état de santé était stabilisé. L'assurée avait une capacité de travail complète dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004. L'état de l'épaule gauche pouvant être assimilé à une périarthrite scapulo-humérale de degré léger à moyen, elle donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5%.

18. Par décision du 10 août 2004, l'assureur a alloué à l'assurée une IPAI de 4'860 fr. et cessé le paiement des frais de traitement et indemnités journalières au 1<sup>er</sup> juillet 2004.
19. Le 31 août 2004, l'assurée a fait opposition à cette décision en faisant valoir que le Dr N\_\_\_\_\_ attestait encore d'une incapacité de travail totale.
20. Le 14 septembre 2004, la direction des ressources humaines des HUG a formé opposition à la décision précitée en relevant que son médecin-conseil, le Dr Q\_\_\_\_\_ avait estimé que l'incapacité de travail était encore justifiée.
21. Le 11 octobre 2004, le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé qu'il avait examiné l'assurée le 7 septembre 2004 et déclaré celle-ci inapte à remplir sa fonction d'aide-hospitalière suite à l'incapacité de travail attestée par le Dr N\_\_\_\_\_. Les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_ étaient contestées car celui-ci jugeait, d'une part, de surprenantes les lésions décrites par le Dr N\_\_\_\_\_ suite à l'intervention, d'autre part, la très importante symptomatologie douloureuse n'avait pas été prise en compte et aucun diagnostic n'était posé pour expliquer les douleurs alors que le Dr N\_\_\_\_\_ évoquait une compression/lésion du nerf sous-scapulaire gauche. Il proposait que l'assurée se soumette à une expertise auprès du Dr R\_\_\_\_\_.
22. Le 11 octobre 2004, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
23. Le 26 novembre 2004, le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un avis médical suite à une consultation du même jour. Il retient la présence d'une cervico-trapézalgie gauche, résistante au traitement conservateur correctement conduit et suivi. Sur le plan chirurgical, on ne pouvait que constater l'excellente récupération postopératoire de l'épaule gauche. Il semblerait qu'un bilan neurologique n'avait pas mis en évidence de lésions

nerveuses périphériques. Ainsi, il pensait qu'il fallait maintenant s'orienter vers un bilan rhumatologique, à la recherche d'une pathologie inflammatoire chronique et envisager éventuellement le diagnostic différentiel avec une fibromyalgie.

24. Le 30 novembre 2004, le Dr N\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a estimé que l'assurée était incapable de travailler dans toute activité.
25. Le 16 décembre 2004, le Dr M\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a attesté d'une incapacité de travail totale dans les anciennes activités.
26. Le 6 janvier 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a adressé sa patiente au centre de consultation de la douleur des HUG. Il mentionne qu'en 1997, la patiente a consulté pour une douleur sus-scapulaire droite qui diminuera sous Felden et Dafalgan. Des dorsalgies apparaissent en octobre 1998 avec une douleur récidivante au niveau de l'épaule gauche et un diagnostic de capsulite de l'épaule gauche est retenu en date du 5 octobre 1998. Ces douleurs ne la quitteront plus jusqu'à présent. En 2001, elle avait ressenti une exacerbation des douleurs à l'épaule gauche ayant motivé deux arrêts de travail. En octobre 2002, elle a souffert d'une récurrence des dorsalgies avec douleurs à l'épaule gauche.
27. Le 1<sup>er</sup> mars 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a estimé que sa patiente ne pouvait plus utiliser les deux bras.
28. A la demande du Dr M\_\_\_\_\_, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur a examiné l'assurée à deux reprises et rendu un rapport le 4 mars 2005. Le diagnostic était celui de cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques, non déficitaire, status post suture capsulaire et du bourrelet glénoïdien antérieur de l'épaule gauche par arthroscopie le 2 décembre 2004, capsulite de l'épaule gauche diagnostiquée en 1998.

La patiente présentait des cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques depuis une chute survenue en décembre 2002. La symptomatologie était actuellement essentiellement composée de douleurs musculaires liées à une contracture musculaire diffuse, plus marquée au niveau des muscles sterno-cleido-mastoïdien G, trapèze G et angulaire de l'omoplate G. D'un point de vue fonctionnel, l'évolution était favorable, avec une bonne récupération de la mobilité de l'épaule gauche.

29. Le 26 mai 2005, le Dr T\_\_\_\_\_, médecine générale FMH, a rendu un avis à la suite d'une consultation du 25 mai 2005. Suite à l'accident, une clinique de douleurs de l'épaule gauche s'était installée et chronicisée jusqu'à l'arthroscopie qui avait,

selon la patiente, péjoré la situation. Il a considéré que la situation actuelle était effectivement consécutive à l'accident de novembre 2002. La clinique évoluait lentement favorablement et n'avait pas fini d'évoluer. Sur le plan de l'examen clinique objectif, il y avait fort peu de déficit et seule la douleur était au premier plan.

30. A la demande de l'assureur, les Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef de clinique et médecin adjoint du département de chirurgie des HUG, ont rendu une expertise médicale le 11 juillet 2005.

La patiente se plaignait surtout de nuchalgies gauches ainsi que de douleurs au niveau du muscle trapèze gauche, dans un moindre degré également de dorsalgie ainsi que de douleurs sur la face antéro-latérale du muscle deltoïde ainsi que le long du long chef du biceps. Cette symptomatologie douloureuse était accompagnée d'un manque de force de la main gauche, ainsi que de paresthésies diffuses sur l'avant-bras et la main gauche, sans respect des territoires nerveux. Ces douleurs étaient constantes, accentuées par toute mobilisation active du MSG, et persistent des fois la nuit. La patiente souffrait également de maux de tête modérés mais répétitifs qui étaient soulagés par du Panadol.

Les médecins posent le diagnostic de douleurs musculaires sur contracture de la musculature scapulo-thoracique gauche. Ce diagnostic, posé par le centre multidisciplinaire de la douleur, était le plus probable. L'examen clinique ainsi que les examens radiologiques dans les limites de la norme permettaient d'exclure une pathologie gléno-humérale. L'examen ENMG, ainsi que les radiologies de la colonne cervicale et dorsale permettaient d'exclure une compression des structures nerveuses. La palpation douloureuse de la musculature scapulo-thoracique gauche, ainsi que la présence d'une légère contracture du muscle trapèze parlaient en faveur d'une symptomatologie douloureuse purement musculaire. Cette contracture musculaire était probablement due à une déchirure traumatique de ces muscles lors de la chute sur le dos avec probablement un faux-mouvement du MSG, avec cicatrisation respectivement induration des muscles concernés.

L'apparition subite et la persistance des douleurs périscapulaires gauches étaient liées à l'événement du 3 décembre 2002. L'assurée souffrait actuellement de douleurs trop importantes pour reprendre son travail comme aide-infirmière ou/et concierge d'immeuble à 100%. Vu que c'est l'épaule non dominante qui était atteinte et que l'épaule droite dominante avait une fonction complètement normale, une activité excluant le port de charge de plus de 5 kilos était à priori envisageable. Ceci correspondait donc à une incapacité de travail que l'on pouvait estimer à 50%.

L'assurée n'avait pas encore bénéficié de tous les traitements conservateurs qui pouvaient être utiles pour des patients souffrant de douleurs musculaires (bains chauds vs fango, cryothérapie, entraînement autogène, massages, voire médecine alternative (acuponcture et relaxation musculaire selon Jakobson), ainsi qu'un traitement médicamenteux avec des antidépresseurs à faible dose. Par ces mesures conservatrices, la symptomatologie douloureuse pouvait être atténuée et l'assurée pourrait éventuellement reprendre une activité professionnelle adaptée.

31. Par décision du 20 juillet 2005, l'assureur a annulé la décision du 10 août 2004 et pris en charge le cas pour une incapacité de travail à 50%. Il a informé l'assurée qu'une expertise médicale sera organisée à moyen terme pour observer l'amélioration prévue par les experts suite aux mesures conservatrices indiquées.
32. Les 25 juillet et 26 août 2005, le Dr N\_\_\_\_\_ a attesté de la persistance des douleurs.
33. Le 29 août 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation des douleurs et une diminution de la mobilité de l'épaule gauche.
34. La Régie Y\_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 août 2005.
35. Le 1<sup>er</sup> septembre 2005, le Dr O\_\_\_\_\_ a relevé que la patiente souffrait d'une névralgie faciale, acouphènes, cervicalgies et des douleurs post-opératoires à l'épaule gauche pour lesquelles elle avait déjà consulté en mai 2004 sans aucun signe lésionnel radiculaire à l'ENMG. A l'heure actuelle, les douleurs étaient concentrées près de l'oreille, aggravées par la mastication et plus diffuses dans la région du cou et de l'épaule. Il proposait dans un premier temps, de considérer que la douleur venait de l'articulation temporo-mandibulaire gauche et une approche par acuponcture.
36. Le 12 septembre 2005, l'assurée, représentée par la CAP, a requis de l'assureur le versement d'indemnités journalières à 100% depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004.
37. A la demande de l'assureur, le Dr U\_\_\_\_\_ a précisé le 20 décembre 2005 que l'assurée avait une incapacité de travail de 50% dès le 7 avril 2005.
38. Le 23 janvier 2006, le Dr M\_\_\_\_\_ a attesté d'un syndrome d'algodystrophie de l'articulation maxillo-mandibulaire depuis octobre 2005 et le 20 février 2006, il a attesté de la présence d'un état dépressif et du fait que l'assurée ne pouvait pas utiliser ses bras.

39. Le 27 avril 2006, le Dr V \_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, a rendu, à la demande de l'assureur, une expertise médicale. Il a ordonné une scintigraphie osseuse du 9 mai 2006 laquelle conclut à la présence d'un foyer actif dans la partie gauche maxillaire supérieur dont l'origine pourrait être dentaire, asymétrie de l'activité au niveau des articulations acromio-claviculaires en faveur du côté droit représentant vraisemblablement une modelage arthrosique dégénératif. La patiente souffrait toujours de ses douleurs. Elles étaient présentes dans la région du muscle trapèze, qui était souvent induré, occasionnant des blocages matinaux. Des brûlures étaient parfois ressenties au niveau du trapèze. Il existait aussi des douleurs péri-scapulaires, plutôt sous forme de coups de marteau. Cette symptomatologie était continue, même nocturne. Elle était toujours associée à des douleurs de l'hémiface gauche et à des céphalées. Régulièrement, la patiente disait que son visage était tuméfié. Le bras gauche était enflé en permanence. Les dysesthésies du membre supérieur gauche persistaient. Parfois, le matin, l'assurée avait l'impression d'avoir un membre fantôme. Les douleurs s'aggravent au port de charges, même minimales. Après 45 minutes de repassage, fait avec la main droite, elle devait s'arrêter en raison de douleurs péri-scapulaires gauches. Elle fait quelques tâches ménagères. Elle annonçait une fatigabilité exagérée.

Il pose les diagnostics de "status 3 ½ ans après contusion cervico-dorsale (et peut-être de l'épaule gauche), status 2 ½ ans après arthroscopie de l'épaule gauche pour traitement d'une lésion capsulo-labrale antérieure, cervico-dorso-scapulo-brachialgies gauches d'origine indéterminée et probable arthrose acromio-claviculaire droite débutante".

Il poursuit en relevant que "l'examen clinique actuel ne révèle pas de signes d'épargne du membre supérieur gauche. Il n'y a non plus pas de contractures musculaires significatives, ni adhérences profondes, ni cordons cicatriciels. En revanche, on objective une très nette hypersensibilité à la pression, dépassant très largement la zone scapulaire gauche (s'étalant vers la zone pectorale et même jusqu'au coude). La mobilité articulaire est également préservée. Il existe, tout au plus, un discret conflit sous-acromial, bilatéral. La coiffe des rotateurs est en continuité. Il n'y a pas de laxité gléno-humérale pathologique. (...) Sur la base de ces éléments, on ne peut que revenir sur la très nette discrédance entre les éléments objectifs, on ne peut plus rassurants et, les éléments subjectifs, présents de manière floride. Ceci laisse songeur, cette discrédance fait clairement craindre la présence de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas, la responsabilité de ces facteurs paraissant prépondérante, voire même exclusive. (...) Nous ne pouvons pas exclure un état fibromyalgique chez cette patiente qui présente une très nette hypersensibilité à la pression, la zone douloureuse dépassant très largement les

entités anatomiques évoquées jusqu'à maintenant, les trigger-points étant désormais multiples. Le tout, chez une patiente présentant une surcharge psychogène manifeste. Le tableau actuel de cette patiente est dominé par une multitude d'éléments de non organicité (importante hypersensibilité au toucher, dysesthésies chroniques sans substrat neurologique, impression de membre fantôme ou d'enflure permanente du même membre), qui semblent à l'écart des éléments anatomopathologiques connus. Aussi, une autre raison qu'orthopédique (mais aussi neurologique) doit être recherchée pour rendre comptes des plaintes alléguées. Pour les seules suites de l'événement du 3 décembre 2002 (contusion dorso-lombaire et peut-être de l'épaule gauche), le status quo ante aurait dû être considéré comme retrouvé, à l'issue d'une période maximale de 3 mois. Si on admet, à l'extrême limite, une relation causale entre ledit événement et l'arthroscopie du 2 décembre 2003, intervention qui n'a pas laissé de séquelle objectivable, alors le status quo ante aurait dû être considéré comme atteint à l'issue d'un délai post-opératoire maximal de 6 mois. Au-delà, l'évolution de cette patiente a très certainement été régie par les facteurs extra-anatomiques précités, indépendants de l'événement du 3 décembre 2002". Enfin, la capacité de travail était entière, en relation avec l'accident depuis juillet 2004.

40. Par courrier du 12 juin 2006, l'assureur a informé l'assurée qu'il n'intervenait plus en sa faveur depuis le 27 avril 2006.
41. Le 30 juin 2006, l'assurée a relevé que l'avis du Dr V\_\_\_\_\_ était contradictoire avec celui des Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ et demandait à ce que ceux-ci se prononcent sur l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_.
42. Le 4 juillet 2006, l'assureur a autorisé l'assurée à soumettre l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ aux Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_.
43. Le 28 août 2006, les Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ se sont déterminé sur l'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ en critiquant plusieurs points.
44. Le Dr. W\_\_\_\_\_, psychiatre FMH au SERVICE MEDICAL REGIONAL (SMR), a rendu un rapport médical le 31 août 2006. Il diagnostique un trouble somatoforme indifférencié F45.1 sans répercussion sur la capacité de travail. Il s'agit pour lui d'une forme diminuée du syndrome douloureux somatoforme persistant.
45. Le 8 septembre 2006, l'assurée a transmis à l'assureur les observations des Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ et requis des indemnités journalières à 100%

du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 7 avril 2005 puis à 50% ou à défaut, de statuer dès cette date sur son droit à une rente d'invalidité.

46. Le 17 octobre 2006, le Dr V\_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise en estimant que l'hypersensibilité à la pression de la musculature para-vertébrale cervico-dorsale gauche et péri-scapulaire gauche était trop diffuse pour relever des séquelles d'une déchirure musculaire significative, que le tableau clinique de l'assurée était dominé par une multitude d'éléments de non-organicité, que l'importante hypersensibilité au toucher, l'extension de la symptomatologie au-delà de la zone contusionnée, ainsi que les dysesthésies chroniques sans substrat neurologique du membre supérieur et l'impression d'un membre fantôme ou d'enflure permanente, étaient des éléments subjectifs qui semblaient à l'écart des éléments anatomo-pathologiques connus et que le tableau clinique pouvait très bien relever d'une participation prépondérante, voire exclusive, de facteurs extra-anatomiques, particulièrement chez une patiente souffrant d'une dépression chronique.
47. Par décision du 27 octobre 2006, l'assureur a mis fin à ses prestations au 27 avril 2006 en se fondant sur l'avis du Dr V\_\_\_\_\_ et maintenu le droit de l'assurée à une IPAI de 5%.
48. Le 29 novembre 2006, l'assurée a fait opposition à cette décision en se référant à l'avis des Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_.
49. Par projet de décision du 13 novembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en relevant qu'après analyse des éléments médicaux du dossier, le SMR était d'avis qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychique. Hormis pour une période d'incapacité de travail totale admise du 1<sup>er</sup> décembre 2003 au 1<sup>er</sup> juillet 2004, la capacité de travail exigible était de 100% dans les activités habituelles d'aide-soignante et de concierge.
50. Le 11 décembre 2006, l'assureur a informé l'OCAI qu'une incapacité de travail complète devait être reconnue jusqu'au 27 avril 2006.
51. Par communication du 30 janvier 2007, l'OCAI a ordonné un examen médical de l'assurée auprès du SMR.
52. A la demande de l'assurée, les Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ se sont prononcés sur le complément d'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> décembre 2006. Ils relèvent que la symptomatologie de l'épaule gauche n'est pas due à un

dysfonctionnement de la colonne cervicale vu que l'examen clinique montre une mobilité de la colonne cervicale normale et indolore. Les radiographies ne montrent pas de signe dégénératifs important et l'ENMG effectué par le Dr O\_\_\_\_\_ permet d'exclure une lésion radiculaire du membre supérieur gauche. Ils avaient des doutes quant au fait que des cicatrices musculaires percées puissent être palpées à la peau vu que ces cicatrices intramusculaires sont entourées de plusieurs centimètres du muscle sain et du tissu adipeux sous-cutané. C'est l'un des principes de base en sémiologie d'orthopédie et de rhumatologie d'une atteinte du système musculo-squelettal précisément localisé peut provoquer un dysfonctionnement et donc des douleurs localisées dans les régions corporelles avoisinantes. Ainsi, on peut très bien imaginer qu'une éventuelle déchirure musculaire du muscle trapèze puisse être responsable d'un dysfonctionnement musculaire de la ceinture scapulo-thoracique avec provocation des cervico-scapulo-brachialgies.

53. Le 15 décembre 2006, le Dr M\_\_\_\_\_ a attesté que les plaintes actuelles de la patiente étaient essentiellement une impossibilité d'utiliser le membre supérieur gauche et dans une moindre mesure le droit en raison d'une atteinte cervicale importante, une déchirure capsulaire de l'épaule gauche opérée le 2 décembre 2003, une lésion du nerf sous-scapulaire gauche et une tendinite chronique de l'épaule gauche et une périarthrite scapulo-humérale droite. Il existait une limitation de la mobilité de MSG mais aussi du droit et de la colonne lombaire et des jambes. Aucune amélioration n'était possible et il ne voyait pas quelle activité l'assurée pouvait exercer. Il appuyait les conclusions du Dr R\_\_\_\_\_.
54. Par décision du 19 décembre 2006, l'assureur a rejeté l'opposition en relevant que les Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ n'apportaient pas d'éléments concrets quant à la question litigieuse de la causalité et de la capacité de travail de l'assurée, se limitant à discuter et contester le diagnostic retenu par le Dr V\_\_\_\_\_, lequel avait rendu une expertise convaincante dont les conclusions et qui confirmait celle du Dr P\_\_\_\_\_ et les rapports d'examen médicaux.
55. Le 22 décembre 2006, l'assureur a alloué à l'assurée une IPAI de 5'340 frs.
56. Le 16 avril 2007, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 19 décembre 2006 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à la prise en charge par l'assureur des frais de traitement suite à l'accident du 3 décembre 2002 ainsi qu'au paiement d'indemnités journalières à 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004 et à 50% dès le 7 avril 2005 et à une IPAI complémentaire. Ce recours a été enregistré sous numéro A/1538/2007.

57. Le Dr A\_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie FMH, du SMR, a effectué un examen rhumatologique le 27 février 2007. Ce médecin pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail suivants : lombocruralgies droites intermittentes dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis et de troubles dégénératifs lombaires avec spondylolisthésis de degré I de L5-S1 sur spondylolse isthmique D et arthrose facettaire L5-S1 gauche M 54.4 et sans répercussion sur la capacité de travail : cervico-scapulo-brachialgies gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec status après suture par voie arthroscopique d'une déchirure capsulaire partielle du bourrelet glénoïdien antérieur de l'épaule gauche.

"Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail est de 80% dans l'activité habituelle d'aide-hospitalière et de concierge de deux immeubles. Effectivement, c'est surtout des douleurs cervico-scapulo-brachiales gauche, dont l'assurée se plaint. Or, les examens radiologiques ne mettent en évidence à ce niveau que des troubles dégénératifs modérés du rachis cervical. Les radiographies postopératoire des épaules sont par ailleurs tout à fait normales. Ainsi, ces douleurs n'ont pas réellement de substrat organique et d'ailleurs au status, on ne note aucune contracture de la région cervicale, scapulaire ou du bras gauche, mais par contre des douleurs à la palpation des divers points et insertions musculaires chez une assurée démonstrative et qui nous semble par ailleurs peu authentique. D'ailleurs, l'examen psychiatrique du Dr W\_\_\_\_\_ a confirmé la présence d'un trouble somatoforme indifférencié non invalidant. Par ailleurs, les troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec spondylolisthésis de L5-S1 sur spondylolse isthmique droite et arthrose facettaire L5-S1 gauche ne s'accompagnant que d'une symptomatologie modérée et intermittente, elle conduit à une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle de l'assurée". Il y a une incapacité de travail de 100% comme concierge et aide-hospitalière du 1<sup>er</sup> décembre 2003 au 1<sup>er</sup> juillet 2004. Depuis cette dernière date, la capacité de travail est complète, même dans l'activité habituelle de concierge ou d'aide-hospitalière. A partir de septembre 2006, date de l'apparition des cruralgies postérieures droites intermittentes, la capacité de travail est de 80% dans l'activité habituelle de concierge ou d'aide-hospitalière. Par contre, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail a toujours été complète depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004.

58. A la demande du Tribunal de céans, dans le cadre de la procédure A/1538/2007, les Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ ont précisé leur rapport d'expertise le 14 juin 2007. Ils relèvent qu'il est fâcheux qu'ils n'aient pas eu connaissance des informations fournies par le Dr M\_\_\_\_\_ dans son courrier du 6 janvier 2005. Ils mettent en doute le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche évoqué

par le Dr M\_\_\_\_\_. Cependant, la nouvelle notion de douleurs chroniques de l'épaule gauche préexistante à l'accident pouvait changer totalement l'appréciation du lien de causalité avec l'accident. Seul le Dr M\_\_\_\_\_, qui suivait régulièrement la patiente depuis 1995, pouvait fournir les informations clés et choisir ensuite les deux scénarios suivants : "la symptomatologie douloureuse avant l'accident du 3 décembre 2002 est restée la même en post-traumatique. Dans ce cas, elle est la même qu'il y a 10 ans et la chute de décembre 2002 n'a pas eu un impact important dans l'évolution des douleurs chroniques et dans la vie de la patiente. Par contre, si le Dr M\_\_\_\_\_ a trouvé, après cette chute de décembre 2002, l'apparition de nouveaux symptômes lors de ses examens répétitifs de l'épaule gauche, il faut en déduire qu'au moins une partie de la symptomatologie actuelle et invalidante est causée par cet événement du 3 décembre 2002".

59. Par décision du 26 juin 2007, l'OCAI a refusé à la recourante tout droit à une rente et à une mesure de reclassement en se fondant sur l'avis du SMR du 27 février 2007. Il résultait d'une capacité de travail de 80 % une invalidité de 20 %, laquelle donnait droit à une aide au placement sur demande de l'intéressée.
60. Le 4 juillet 2007, le Dr M\_\_\_\_\_, sur questions du Tribunal de céans, dans le cadre de la procédure A/1538/2007, a précisé qu'il avait lui-même posé le diagnostic de capsulite de l'épaule gauche lors de la consultation du 5 octobre 1998. L'état de la patiente s'était amélioré spontanément, de sorte qu'elle n'avait pas pris le traitement de voltarène prescrit. Depuis lors et durant quatorze consultations jusqu'au 9 avril 2001, elle ne s'était plus jamais plainte de douleurs à l'épaule gauche. Le 9 avril 2001, elle avait consulté en raison de cervicalgies irradiant à l'épaule gauche et un traitement anti-inflammatoire avait été prescrit. Elle avait repris le travail le 11 avril 2001, les douleurs ayant disparues. Le 31 octobre 2001, elle avait à nouveau consulté pour des douleurs à la colonne dorsale et cervicale irradiant au MSG. Les dorsalgies persistaient le 5 novembre 2001. Le 29 novembre 2001, le Dr O\_\_\_\_\_ n'avait pas relevé de symptôme ni de signe au niveau de l'épaule gauche, selon un rapport de ce médecin du 30 novembre 2001. Le 13 novembre 2002, elle avait consulté pour d'importants vertiges. Depuis l'accident du 3 décembre 2002, elle n'avait cessé de se plaindre des douleurs et d'une limitation de la mobilité de l'épaule gauche à son avis dues à l'accident. Celui-ci avait joué un rôle prépondérant sur les douleurs de l'épaule gauche alors que les douleurs précédentes étaient insignifiantes par rapport à la qualité de douleurs que la patiente a ressenties ultérieurement.

Il a joint le rapport précité du Dr O\_\_\_\_\_ selon lequel ce médecin avait reçu la patiente en raison de brachialgies gauches et des paresthésies sans territoire

radiculaire ni tronculaire précis dans un contexte de douleurs dorsales généralisées. L'ENMG du membre supérieur gauche était normal mais une atteinte plexulaire et /ou radiculaire uniquement irritative était possible.

61. Le 30 août 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 26 juin 2007 en concluant à son annulation et au versement d'une rente d'invalidité. Le recours a été enregistré sous no A/3298/2007.

Son état de santé et ses importantes limitations fonctionnelles attestées par les Drs N\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ rendaient la reprise de son travail d'aide-soignante et de concierge quasiment impossible. Le Dr R\_\_\_\_\_ avait attesté d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il fallait retenir l'évaluation de ce médecin qui était spécialisé dans la problématique médicale en cause et également mettre sur pied un stage COPAI.

62. Par arrêt du 1<sup>er</sup> octobre 2007, le Tribunal de céans a rejeté le recours dans le cadre de la procédure A/1538/2007.
63. Le 1<sup>er</sup> octobre et 8 novembre 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours en se fondant sur les rapports médicaux des Dr V\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_, W\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_.
64. Le 9 novembre 2007, la recourante a formé un recours auprès du Tribunal fédéral à l'encontre de l'arrêt précité.
65. Le 12 novembre 2007, la recourante a demandé la suspension de la procédure A/3298/2007 dans l'attente du jugement du Tribunal fédéral.
66. Le 7 décembre 2007, l'OCAI a déclaré ne pas s'opposer à la suspension de la procédure.
67. Le 28 janvier 2008, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties au cours de la quelle la recourante a déclaré retirer sa demande de suspension de la procédure dans l'hypothèse où une expertise judiciaire serait ordonnée. Elle a déclaré : "Je vais actuellement très mal. Je dois voir le Dr M\_\_\_\_\_ demain et je vais lui demander de la morphine car les douleurs sont devenues insupportables. J'ai une dépression terrible et je ne fais plus rien à la maison. Je suis suivie régulièrement par la Dr B\_\_\_\_\_ depuis environ 2 ans. Ma dépression est apparue après l'examen au SMR par le Dr W\_\_\_\_\_. J'ai des douleurs à l'épaule qui remontent dans la mâchoire et dans l'oreille, lesquelles m'empêchent de dormir. Les spécialistes me disent que les douleurs à l'oreille

proviennent de l'épaule. Ma situation est désespérante. Je suis actuellement suivie par les Drs B\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. Je reste la plupart du temps au lit la journée et je ne vois plus personne à part mon époux et mon fils". Elle a requis une expertise psychiatrique et somatique. L'intimé s'est opposé à une expertise, en tous les cas somatique.

La recourante a versé au dossier les deux avis médicaux suivants de la Dresse B\_\_\_\_\_ :

- Le 19 décembre 2006, la Dresse B\_\_\_\_\_ a attesté que les douleurs persistantes et l'impotence fonctionnelle avaient insidieusement un impact sur la thymie et se traduisaient par une réaction dépressive anxieuse. La patiente présentait un trouble de l'adaptation avec réaction mixte dépressive et anxieuse, subordonnée à la douleur. Sous traitement, la thymie demeurait fluctuante, l'état était grandement amélioré mais les troubles du sommeil persistaient. Sur le plan psychiatrique, le travail exigible serait de 100 % si la thymie n'était subordonnée aux douleurs.
  - Le 10 octobre 2007, la Dresse B\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé de la patiente ne lui permettait pas d'assurer une activité professionnelle.
68. Le 7 février 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise aux Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation des experts, ainsi que sur la mission d'expertise.
69. Le 25 février 2008, l'intimé a rappelé qu'il était opposé à une nouvelle expertise, en tous les cas somatique, et a indiqué qu'il n'avait pas de remarque à formuler sur les experts et la mission.
70. Le 26 février 2008, la recourante a indiqué qu'elle acceptait les experts, ainsi que la mission d'expertise.

## EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 11 octobre 2004. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Le 1<sup>er</sup> juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.
    - b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision en date du 13 novembre 2006, qui a été confirmé par la décision du 26 juin 2007, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 30 août 2007.
    - c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
-

4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance invalidité.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66<sup>2/3</sup> % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 -

RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG; depuis le 1er janvier 2004 : art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la

référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes

directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en

général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

9. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais

doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux ([ATF 132 V 65](#); ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

10. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé ([ATF 130 V 358](#) consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du

20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

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

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

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

11. Dans le cas d'espèce, du point de vue psychiatrique, la Dresse B\_\_\_\_\_ a attesté en décembre 2006, soit quelques mois après le rapport du Dr W\_\_\_\_\_ du SMR, que la recourante souffrait d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte dépressive et anxieuse, subordonnée à la douleur et le 10 octobre 2007 que l'incapacité de travail était totale, sans indiquer depuis quelle date. La recourante a elle-même précisé en audience de comparution des parties qu'elle avait développé une dépression postérieurement à l'examen du Dr W\_\_\_\_\_.

Il se justifie, au vu de ces éléments, d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire.

Quant à l'aspect somatique, il existe des avis médicaux divergents :

Le Dr P\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail était de 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004. Le Dr A\_\_\_\_\_ a confirmé cette appréciation en précisant que la capacité de travail de la recourante était de 100 % dans l'activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004 jusqu'au 31 août 2006, de 80 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006 et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004. Le 27 avril 2006, le Dr V\_\_\_\_\_ a également considéré qu'il existait une capacité de travail entière depuis juillet 2004 mais en précisant qu'elle était en relation avec l'accident.

Par ailleurs, les Drs N\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont quant à eux estimé que l'incapacité de travail était totale au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2004. Par la suite, soit le 11 juillet 2005, les Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ ont attesté d'une incapacité de travail totale dans les anciennes activités et de 50 % dans une activité adaptée dès le 7 avril 2005.

Au vu de ces avis médicaux divergents, une expertise rhumatologique judiciaire se justifie également.

12. Cette expertise pluridisciplinaire sera confiée à la Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, à Genève, et au Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires de Genève, département de psychiatrie adulte, chemin du Petit-Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg.

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

**Statuant**

**A la forme :**

Déclare le recours recevable ;

**Préparatoirement :**

Ordonne une expertise médicale. La confie aux Drs D\_\_\_\_\_, spécialiste FHM en rhumatologie et C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

**1.1 S'agissant de l'aspect psychiatrique :**

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme G\_\_\_\_\_
- c. Examiner Mme G\_\_\_\_\_.
- d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
- e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
- f. Quelles sont les plaintes et données subjectives de Mme G\_\_\_\_\_ ?
- g. Quel est le status clinique ?

- h. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme G \_\_\_\_\_ d'un point de vue psychiatrique (diagnostics) ?
- i. En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci ? Depuis quelle date est-il présent chez Mme G \_\_\_\_\_ ? Quel traitement est-il indiqué ? Mme G \_\_\_\_\_ suit-elle un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
- j. En cas de diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie :
1. - Existe-t-il une co-morbidité psychiatrique ? Si oui de quelle importance ? Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une co-morbidité psychiatrique autonome ?
    - Mme G \_\_\_\_\_ suit-elle ou a-t-elle suivi un traitement psychiatrique ? Si oui, durant combien de temps ? Fait-elle preuve d'une bonne compliance médicamenteuse ?
    - L'état de Mme G \_\_\_\_\_ est-il susceptible de s'améliorer grâce à un traitement ?
  2. - Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? Si oui, lequel et depuis quand ?
    - Mme G \_\_\_\_\_ subit-elle une perte d'intégration sociale au sens du consid. 10d) et, cas échéant, dans quelle mesure, depuis quand et de quelle manière ? En particulier, Mme G \_\_\_\_\_ a-t-elle des contacts avec sa famille, des amis ? Est-elle à même d'entretenir des contacts sociaux ? D'exercer des activités sportives et des loisirs ?
    - Existe-t-il chez Mme G \_\_\_\_\_ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie au sens du consid. 10c) ?
    - Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
- k. Etes-vous d'accord avec les appréciations médicales des Drs W \_\_\_\_\_ (du 31 août 2006) et B \_\_\_\_\_ (des 19 décembre 2006 et 10 octobre 2007) ? Pourquoi ?
-

- l. Quelles sont les limitations, du point de vue psychiatrique ?
- m. D'un point de vue psychiatrique, Mme G \_\_\_\_\_ est-elle capable d'exercer une activité professionnelle ? Si oui laquelle, à quel taux et depuis quelle date ? Si non, depuis quelle date y a-t-il incapacité totale de travailler ?
- n. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à celle que vous auriez donnée à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance invalidité, soit le 26 juin 2007 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi

1.2 **S'agissant de l'aspect rhumatologique :**

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme G \_\_\_\_\_.
- c. Examiner Mme G \_\_\_\_\_.
- d. Si nécessaire, ordonner d'autres examens (par exemple radiologiques).
- e. Quelles sont les plaintes et données subjectives de Mme G \_\_\_\_\_ ?
- f. Quel est le status clinique ?
- g. Quelle est l'atteinte à la santé, d'un point de vue somatique (diagnostics) ?
- h. L'atteinte à la santé est-elle objectivable ?
- i. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
- j. Existe-t-il chez Mme G \_\_\_\_\_ des affections corporelles chroniques ?
- k. Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
- l. Quels sont les traitements encore possibles ?
- m. Y a-t-il eu échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art ?
- n. D'un point de vue somatique, Mme G \_\_\_\_\_ est-elle capable d'exercer une activité professionnelle ? Si oui, laquelle, à quel taux et depuis quelle date ? Si non, depuis quelle date y a-t-il une incapacité totale de travailler ?

1.3 **Appréciation consensuelle du cas :**

- Compte tenu de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, dans quelle mesure peut-on exiger de Mme G\_\_\_\_\_ qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
- En d'autres termes, Mme G\_\_\_\_\_ dispose-t-elle et, si oui, dans quelle mesure, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ? Cas échéant, quelle activité, à quel taux et depuis quelle date pourrait-elle exercer ?
- Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
  
- Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La Présidente

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

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