

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/334/2007

ATAS/396/2008

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 8 avril 2008**

**8<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée  
au GRAND-SACONNEX, comparant avec élection  
de domicile en l'Etude de Me Maurizio LOCCIOLA

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Marc MATHEY-DORET, Président.**

---



### **EN FAIT**

1. Madame S\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante), employée de commerce de formation, était au bénéfice d'une rente entière d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100% depuis le mois d'avril 1997 pour des douleurs permanentes après cure de hernie discale, spondylodèse et autogreffe L4-L5 ainsi qu'un état dépressif réactionnel.
2. Suite à une première procédure de révision, par communication datée du 8 février 2001, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a informé la recourante avoir examiné son degré d'invalidité et constaté qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.
3. L'OCAI a ouvert une seconde procédure de révision en 2003.

Il a mandaté le Centre d'Observation Médicale de l'Assurance-Invalidité (ci-après : COMAI) afin de procéder à une expertise pluridisciplinaire, lequel a rendu son rapport en date du 19 janvier 2004. Il en ressort en substance, sur le plan rhumatologique, une absence de contracture pathologique au niveau cervical, une mobilité cervicale dans la norme et, sur le plan radiologique, des modifications dégénératives débutantes n'ayant pas valeur de maladie. Le rachis lombaire permet d'objectiver un status après spondylodèse, non accompagné de troubles statiques significatifs. Durant l'anamnèse, la recourante a démontré à l'expert qu'elle était capable de rester assise pendant une heure d'affilée sans adopter de position antalgique ni se plaindre de douleurs, ceci contrastant avec ses déclarations. Il existe en outre des signes de non-organicité permettant d'attester la présence d'un certain degré d'exagération symptomatique. En synthèse, l'expert est d'avis que la recourante, encore jeune, est à même de mettre en valeur sa capacité de travail en tant qu'employée de bureau dans une proportion de 50% au moins, dans un poste de travail lui permettant de se lever quelques minutes chaque heure.

Sur le plan neurologique, la symptomatologie évoque des problèmes migraineux de type tantôt d'hémicrânie gauche et tantôt de céphalées frontales gauches, s'accompagnant de nausées, de phono- et photophobie. Cette symptomatologie paraît survenir à raison d'un à deux épisodes par mois durant jusqu'à une semaine, peu influencée par le traitement. En ce qui concerne la capacité de travail, cette composante n'entraîne pas d'incapacité de travail au-delà de 25%, lesquels ne s'additionnent pas au 50% liés aux troubles rhumatologiques. Sur le plan psychique, la recourante se plaint de variations de l'humeur selon les saisons n'ayant ni l'ampleur ni la durée pour justifier un diagnostic plus grave que celui de dysthymie. De plus, ces variations d'humeur son assez bien compensées par un traitement médicamenteux et par les efforts de la recourante elle-même. Une situation d'accoutumance aux benzodiazépines est problématique. En synthèse, la

---

situation psychique de la recourante reste secondaire et assujettie à la situation physique et il n'y a aucune raison pour reconnaître une invalidité du point de vue psychiatrique. En conclusion, il faut retenir globalement qu'une capacité de 50% est exigible. L'incapacité de travail existe depuis 1995 et a dans un premier temps été complète puis s'est amendée au cours du temps pour se stabiliser à 50% depuis 1998 environ. Cette appréciation rétrospective est toutefois sujette à caution. Tout travail de bureau, effectué en position assise ou alternée doit convenir.

4. En date du 22 février 2005, l'OCAI a informé la recourante avoir décidé de remplacer par une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 50% la rente entière qui lui était versée jusqu'alors.
5. Par décision du 1<sup>er</sup> avril 2005, l'OCAI a réduit le droit de la recourant à une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 50%, dès le 1<sup>er</sup> avril 2005.
6. La recourante a formé opposition contre ladite décision par courrier daté du 19 avril 2005, concluant, après communication de son dossier, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> avril 2005.
7. Par décision sur opposition datée du 14 décembre 2006, notifiée le 18, l'OCAI a rejeté l'opposition formée par la recourante, au motif que le rapport du COMAI du 19 janvier 2004 atteste d'une diminution progressive de son incapacité de travail de 1995 à 1998 pour atteindre 50% depuis cette date environ.
8. Par acte du 29 janvier 2007, la recourante a formé recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) contre la décision sur opposition de l'OCAI du 14 décembre 2006, exposant en substance qu'il ne ressort pas du rapport du COMAI que son état de santé se serait amélioré depuis 1997, respectivement 2001, date de la dernière révision.

A l'appui de son recours, la recourante a produit deux rapports médicaux de son médecin-traitant, le Dr A\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 7 avril 2005, ce médecin estime que l'expertise du COMAI du 19 janvier 2004 ne mentionne strictement aucune amélioration dans la description clinique de la recourante. Du point de vue subjectif, il n'y a pas d'amélioration non plus. Au contraire, l'état global de la recourante depuis la date de l'expertise s'est plutôt péjoré.

Le Dr M. A\_\_\_\_\_ conclut que, si l'invalidité était totale en 1997 et qu'aucune amélioration de l'état de santé n'avait été démontrée depuis lors, ce que l'expertise COMAI n'avait pas démontré, on ne pouvait exiger de la recourante la reprise d'une activité à 50%. Dans un rapport daté du 26 décembre 2006, le Dr A\_\_\_\_\_ indique encore que l'état de la patiente s'est plutôt péjoré depuis qu'une incapacité de travail de 100% lui a été reconnue. Malgré un traitement médicamenteux et la pose d'un appareil doseur en 2006, la recourante continue de

---

souffrir de douleurs extrêmement violentes, l'empêchant d'avoir une activité professionnelle quelconque.

La recourante a également produit un rapport médical daté du 3 novembre 2005 du Dr B \_\_\_\_\_, médecin associé du département d'anesthésiologie des HUG, lequel expose que la recourante souffre d'une série de lésions au niveau de la partie supérieure de la fixation lombaire, résistantes au traitement locorégional, nécessitant l'instauration d'un traitement antalgique d'opiacés à dose progressive.

9. Par courrier daté du 7 mars 2007 adressé au TCAS, la recourante a sollicité l'audition des Dr A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_.
10. Dans son préavis du 26 avril 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du COMAI répond pleinement aux exigences posées par la jurisprudence en la matière et qu'il en ressort que l'état de santé de la recourante s'est notablement amélioré, notamment sur le plan psychique, par rapport à la situation qui prévalait antérieurement, ce qui était confirmé par un avis du SMR du 10 avril 2007.
11. Dans ses écritures du 14 mai 2007, la recourante a persisté dans les termes et conclusions de son recours.
12. Dans ses écritures du 31 mai 2007, l'OCAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.
13. Lors de l'audience d'enquêtes du 28 janvier 2008, le TCAS a entendu le Dr B \_\_\_\_\_ et le Dr C \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante ayant repris le cabinet du Dr A \_\_\_\_\_.

Le Dr B \_\_\_\_\_ a confirmé son rapport du 3 novembre 2005. Il a expliqué bien connaître la recourante, suivie dans son service depuis 2004. L'état de santé de la recourante a subi une évolution défavorable, après deux interventions chirurgicales du dos qui n'avaient pas donné l'effet escompté et n'avaient pas résolu la problématique douloureuse et fonctionnelle. La recourante souffre de deux types de douleurs, d'une part des douleurs nociceptives, de type mécanique, et d'autre part neuropathiques. Il s'agit de douleurs mixtes dont le traitement est complexe. Le traitement n'ayant pas apporté d'amélioration, il a été décidé d'implanter une pompe à la recourante, laquelle permet de diffuser en continu un mélange de morphine et de clonidine. Toutefois, ce traitement, qualifié de rare et extrême, n'apporte pas l'amélioration souhaitée et, de l'avis du Dr B \_\_\_\_\_, la recourante est loin de pouvoir exercer une activité prolongée, que ce soit sur le plan professionnel ou domestique, sans qu'il puisse se prononcer plus spécifiquement sur la question de la capacité de travail raisonnablement exigible. Un état dépressif a été constaté chez la recourante, comme c'est souvent le

---

cas dans ce type de pathologie, état demeuré relativement stable depuis 2004. La capacité de travail est demeurée inchangée depuis 2004.

Quant au Dr C \_\_\_\_\_, il a indiqué suivre la recourante depuis octobre 2006, date à laquelle il a repris le cabinet du Dr A \_\_\_\_\_. Sur le plan subjectif, ledit praticien n'a constaté aucune évolution sur le plan des douleurs, nonobstant l'implantation d'une pompe début 2006. Le dossier médical de la recourante ne fait ressortir aucune amélioration de son état de santé au fil du temps, mais au contraire plutôt une tendance à la péjoration, essentiellement sur le plan psychologique. Le Dr C \_\_\_\_\_ a constaté un état dépressif réactionnel, qui s'est plutôt aggravé en marge de la procédure de révision de rente de l'assurance-invalidité, avec une augmentation des antidépresseurs. Il ressort du dossier constitué par le Dr A \_\_\_\_\_ que, sur le plan des douleurs, les deux interventions chirurgicales n'ont pas apporté d'amélioration. Il n'y a pas eu non plus d'amélioration de la capacité de travail. Le Dr C \_\_\_\_\_ estime qu'il ne lui appartient pas de se prononcer sur la question de la capacité de travail, mais dit avoir constaté chez la recourante des douleurs très invalidantes rendant l'exercice d'une activité professionnelle très difficile. Le traitement médicamenteux de la recourante consiste dans la prise d'antidouleurs, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. La prise d'anxiolytiques et d'antidouleurs de type morphinique peut entraver la capacité de travail ainsi que la capacité à exercer les tâches domestiques, du fait d'une diminution de la capacité de concentration et de phénomènes de somnolence. Il peut en outre exister un effet de synergie entre les différents médicaments. Les doses d'anxiolytique prescrites à la recourante sont importantes.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (cf. 56 à 60 LPGA).
3. Selon une jurisprudence constante, en matière d'assurances sociales l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263 ; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438) ;
4. Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle

---

mesure, et en particulier elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; LOCHER loc. cit.) ;

5. De son côté le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136) ;
6. En l'espèce, le Tribunal considère qu'il convient d'ordonner une telle expertise afin de clarifier les aspects médicaux vu les contradictions ressortant des différents avis médicaux figurant au dossier.
7. En effet, l'amélioration progressive de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante retenues par l'expertise COMAI est démentie par les constatations du médecin traitant et du département d'anesthésiologie des HUG, lesquels attestent au contraire d'un état inchangé, voire d'une péjoration. En outre, l'importance des limitations fonctionnelles, sur lesquelles le Dr D\_\_\_\_\_ a notamment insisté, n'est pas suffisamment instruite, de même que l'incidence de la lourde médication prescrite à la recourante sur sa capacité de travail.
8. Vu les différents aspects médicaux concernés, il se justifie d'ordonner une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

**PAR CES MOTIFS,**

**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise bidisciplinaire, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre séparément Mme S\_\_\_\_\_, après s'être entourés de tous les éléments utiles et avoir pris connaissance du dossier de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
2. Charge les experts de répondre en un rapport, après synthèse de leurs examens respectifs, aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée
  2. Données subjectives de la personne
  3. Constatations objectives
  4. Diagnostic(s) somatique(s) et psychiatrique(s)

5. a) En cas de troubles psychiques, dire quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave).
- b) Si un état dépressif est diagnostiqué, constitue-t-il une manifestation réactive d'accompagnement d'un trouble somatoforme douloureux ou peut-il être qualifié d'atteinte psychique indépendante ? Quel en est le degré de gravité ?
- c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que tels ?
- d) Au cas où le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou/et de fibromyalgie est posé :
- Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Dans l'affirmative, quel en est le degré de gravité (faible, moyen, grave) ?
  - Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
  - Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
  - La recoursante subit-elle une perte d'intégration sociale et, le cas échéant, quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration et celles sans perte d'intégration) ?
  - Existe-t-il chez la recoursante 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) ?
  - Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ?
  - Des mesures de réadaptation seraient-elles utiles ? Le cas échéant, évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
  - Dans quelle mesure peut-on exiger de la recoursante qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
6. a) Malgré les plaintes alléguées, compte tenu de la constitution psychique de la recoursante, des diagnostics posés, des limitations fonctionnelles et de la médication prescrite, est-il raisonnablement exigible de cette dernière qu'elle exerce une activité professionnelle ?

- b) Si oui, dans quelle type d'activité, avec quelles restrictions et à quel taux (en pourcent) ?
  - c) Quel est, le cas échéant, la diminution de rendement (en pourcent) ?
  - d) Décrire l'évolution de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail raisonnablement exigible, de 2001 à ce jour.
  - e) En cas de divergence avec les conclusions de l'expertise du COMAI, veuillez expliquer les raisons qui font que vous vous écarterez de cet avis.
7. Formuler toutes remarques et propositions utiles.
3. Commet à ces fins le Dr E\_\_\_\_\_, Médecin adjoint au Service de psychiatrie adulte, département de psychiatrie des HUG et le Dr F\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie et médecine interne.
4. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans.
5. Réserve le sort des frais.
6. Réserve le fond.

La Greffière

Le Président

Isabelle CASTILLO

Marc MATHEY-DORET

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