

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/345/2009

ATAS/147/2011

**ARRET**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 7 février 2011**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame F\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, représentée par la  
Fédération Suisse pour l'Intégration des handicapés

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97,  
1203 Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs.**

---

**EN FAIT**

1. Madame F \_\_\_\_\_, ressortissante portugaise née en 1961, est arrivée en Suisse en 1989, titulaire d'une autorisation d'établissement C, et y a exercé notamment les activités de nettoyeuse dans un cabinet médical depuis le 29 septembre 1998 à raison de treize heures par semaine et d'employée de pressing pour X \_\_\_\_\_ SA depuis le 24 novembre 2003 à raison de vingt-cinq heures par semaine.
2. Le 24 septembre 2004, le Dr L \_\_\_\_\_, FMH rhumatologie et employeur de l'assurée, a indiqué à l'assurance perte de gain des lombosciatalgies gauches depuis juillet 2004 avec apparition le 2 septembre 2004 d'une parésie L5 motivant une hospitalisation aux urgences de l'hôpital cantonal.
3. Le 7 octobre 2004, l'assurée, a été opérée aux HUG par le Dr M \_\_\_\_\_, FMH neurochirurgie, en raison d'une hernie discale L5-S1, selon l'IRM du 22 septembre 2004. Elle y séjournera jusqu'au 10 octobre 2004 et est repartie avec un traitement de Brufen et Dafalgan.
4. Le 7 octobre 2004, le Dr L \_\_\_\_\_ a indiqué à l'assureur maladie perte de gain une incapacité de travail totale depuis le 5 septembre 2004 avec une hospitalisation depuis le 6 octobre 2004 en raison d'une lombosciatique L5 gauche parétique depuis le 25 août 2004.
5. Le 15 février 2005, la Dresse N \_\_\_\_\_ a relevé qu'une IRM lombaire avait mis en évidence une fibrose péridurale S1 gauche qui avait été infiltrée le 21 décembre 2004 sous scanner. Un examen du 7 janvier 2005 avait montré un rétrécissement du trou de conjugaison L5-S1 gauche. Elle prenait du Neurotin et du Voltarène.
6. Le 22 février 2005, le Dr L \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une lombosciatalgie S1 gauche non déficitaire très invalidante faisant suite à une hémilaminectomie L5-S1 gauche. L'évolution était défavorable malgré tous les traitements entrepris. Il a confirmé cette appréciation le 31 mars 2005 et le 28 juin 2005 en relevant qu'une thérapie antalgique majeure était entreprise (Voltarène, Dafalgan, Neurotin, Temgesic et Eflexor).
7. Le 18 mars 2005, le Dr M \_\_\_\_\_ a indiqué une récurrence des douleurs. L'assurée avait bénéficié de plusieurs infiltrations foraminales et d'une hospitalisation du 3 au 11 mars 2005 dans le service de rhumatologie où elle avait bénéficié d'un pulse de Solumedral et d'une infiltration au niveau de la hanche gauche, sans amélioration selon une IRM du 8 décembre 2004, un conflit avec la racine L5 gauche restait possible.

8. Le 18 avril 2005, le Dr L\_\_\_\_\_ a adressé la patiente au Dr O\_\_\_\_\_ de la consultation de la douleur aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) en indiquant que les douleurs restaient très invalidantes malgré un traitement antidouleur important et de la physiothérapie. Les examens montraient une inflammation de la racine S1 gauche et un rétrécissement du trou de conjugaison L5-S1, sans certitude d'une compression de la racine L5. Des injections de corticoïdes sous scanner au niveau de la racine S1 le 21 décembre 2004 et 23 février 2005 n'avaient pas apporté d'amélioration. Le traitement de Neurotin avait été stoppé par la patiente en raison de réaction (aphtes - herpes), radiologiquement il existait de façon certaine une tuméfaction de la racine S1 gauche. Toutes les approches thérapeutiques s'étaient soldées par des échecs. Le traitement consistait en Durogesic, Prednisone, Voltarène, Dafalgan, Omed, Seroprum et en réserve du Motilium lingual et Dulcolax.
9. Le 12 septembre 2005, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué des lombalgies majeures invalidantes avec sciatique gauche invalidante. Une intervention devait avoir lieu pour décompresser les racines L5 et S1.
10. En date du 16 septembre 2005, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'une lombosciatique gauche invalidante. L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) a réuni à ce titre diverses attestations médicales.
11. Le 22 septembre 2005, la patiente a subi une périduroscopie par voie endoscopique avec adhésiolyse par le Dr O\_\_\_\_\_.
12. Le 24 octobre 2005, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que la patiente souffrait encore de sorte qu'un traitement de prednisone était nécessaire.
13. Dans un rapport du 20 novembre 2005, le Dr M\_\_\_\_\_, neurochirurgien, a diagnostiqué un failed back, un status après cure de hernie discale L5-S1 et des lombosciatalgies parétiques L5 gauches. Il y avait une persistance d'une inflammation du nerf-racine L5 gauche. L'incapacité était totale depuis le 5 septembre 2004 et l'état de santé stationnaire. Ce médecin a précisé que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible à raison de deux à trois heures par jour avec une diminution de rendement. Les activités de dame de compagnie ou de réceptionniste étaient également envisageables.
14. Le 20 décembre 2005, la Dresse N\_\_\_\_\_ a conclu à une neuropathie irritative du nerf médian gauche dans le canal carpien expliquant probablement les paresthésies des doigts de la main gauche.
15. Dans un rapport du 3 janvier 2006, le Dr L\_\_\_\_\_, rhumatologue, a diagnostiqué un status post-disectomie pour lombosciatique parétique S1 gauche en octobre 2004, un failed back surgery syndrome avec lombosciatalgie gauche

résiduelle et un status post-résection d'un kyste synovial profond de la face antérieure du coude gauche avec paresthésies résiduelles dans le territoire du médian. L'incapacité de travail était totale depuis le 5 septembre 2004 et l'état de santé stationnaire. Le pronostic restait très sombre compte tenu de la persistance des douleurs lombaires qui occasionnaient une incapacité totale de travail dans le métier de femme de ménage et d'employée dans une teinturerie. Un reclassement professionnel paraissait impossible en raison de l'intensité des douleurs lombaires et de l'incapacité de la patiente à rester debout ou assise plus de 15 minutes sans souffrir de manière importante, ceci malgré le traitement institué. Aucune activité n'était adaptée à l'état de santé de la patiente. Le traitement consistait en Tramal et Voltarène.

16. En date du 20 janvier 2006, l'assurée a été soumise à une expertise rhumatologique conduite par le Dr P\_\_\_\_\_, dans le cadre de l'assurance perte de gain maladie. L'expert a diagnostiqué des lombalgies chroniques, une sciatalgie gauche non déficitaire dans le dermatome S1, un status après ablation d'un ostéome pariétal (en 1998) et un status après exérèse d'un kyste arthro-synovial du coude gauche. L'incapacité de travail était totale et définitive. La patiente était cohérente dans ses plaintes qui n'étaient en aucune manière exagérées et correspondaient aux lésions anatomiques touchant le disque L5-S1. Il relève que "la patiente a bénéficié d'une cure de hernie discale L5-S1 en octobre 2004, de deux injections sous contrôle scanographique au niveau de la racine S1 gauche en décembre 2004 et février 2005 sans amélioration. Parallèlement, elle a bénéficié d'une physiothérapie à sec et en piscine, d'un traitement médicamenteux lourd comprenant la prise d'anti-inflammatoire, la prise intermittente de corticoïde, d'un traitement de Neurontin, d'un traitement morphinique et enfin d'une péridurosopie par voie endoscopique. Le traitement actuel consiste en la prise de Voltarène 150mg/j et de Dafalgan 2g/j".
17. Les Drs M\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont indiqué le 26 mai 2006 que la patiente avait séjourné dans le service de neurochirurgie du 17 au 26 mai 2006. Une IRM du 30 mars 2006 montrait une arthrose inflammatoire marquée en L5-S1 de sorte qu'une prothèse discale L5-S1 avait été posée le 18 mai 2006.
18. Une IRM du genou gauche du 10 juillet 2006 a montré de sévères lésions de la corne du ménisque externe.
19. Le 4 septembre 2006, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que depuis janvier 2006 les douleurs sciatalgiques gauches avaient diminué (après adhésiolyse) mais que les douleurs lombaires étaient intenses de sorte que le 18 mai 2006, la patiente avait bénéficié d'une prothèse discale L5-S1 mais les douleurs avaient persisté. Le traitement actuel consistait en MST, Voltarène, Sirdalud, Rivotril, Citalopram, Nexium, Vi-dé 3, Calcium Sandoz, Prontolux et Lavoberon.

20. Le 29 septembre 2006, le Dr M\_\_\_\_\_ a constaté une amélioration sur le plan de la radiculalgie et des lombalgies.
21. Dans un rapport du 5 janvier 2007, le Dr R\_\_\_\_\_, médecin au Service d'orthopédie et de traumatologie des HUG a indiqué des douleurs au genou gauche sur chondropathie du plateau tibial externe, que l'état de santé s'améliorait et que des mesures professionnelles étaient indiquées.
22. Le 28 février 2007 a été pratiqué un CAT scan de la colonne lombaire avec une infiltration de l'articulation postérieure L5-S1 à gauche sous scanner en raison de la présence d'une arthrose postérieure moyennement sévère des deux côtés au niveau L5-S1.
23. Dans un rapport du 29 avril 2007, le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome dépressif réactionnel, une fibromyalgie et des douleurs cervicales. L'état de santé s'était aggravé et l'incapacité de travail était nulle dans toute activité.
24. Dans un rapport du 30 avril 2007, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé; il y avait des changements dans les diagnostics qui étaient les suivants : status post-arthroscopie du genou gauche pour déchirure complexe de la corne antérieure du ménisque externe avec languette libre, chondropathie de grade II à III du plateau tibial externe, épanchement articulaire post-opératoire avec kyste poplité, rupture du kyste poplité et pseudo-phlébite du mollet gauche, status post-résection d'un granulome sur fil au niveau de la cicatrice abdominale sus-ombilicale réalisée pour la pose de la prothèse discale. Un CT-scan du 27 février 2007 avait mis en évidence une arthrose inter-apophysaire postérieure L5-S1 gauche qui n'était pas connue précédemment de sorte que le Dr M\_\_\_\_\_ avait proposé un test de bloc anesthésique interfaccettaire qui avait été pratiqué de L3 à S1 gauche sans rémission des douleurs, lesquelles s'accroissaient malgré tous les traitements tentés. Plus aucune activité n'était envisageable. La patiente était suivie par un psychiatre en raison d'un état dépressif réactionnel aux douleurs.
25. En date des 25 et 26 septembre 2007, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire, conduite par les Drs S\_\_\_\_\_, psychiatre, T\_\_\_\_\_, rhumatologue, et U\_\_\_\_\_, neurologue, au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Les experts ont diagnostiqué des lombo-sciatalgies gauches persistantes après cure de hernie discale L5-S1 gauche, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, un syndrome douloureux du compartiment antérieur des genoux sur chondromalacie et arthrose fémoro-patellaire. Les constatations objectives étaient concordantes avec les plaintes ostéo-articulaires. La persistance de lombosciatalgies gauches était difficilement explicable par des éléments hormis

éventuellement une réaction inflammatoire persistante sur la racine S1 gauche. Le traitement actuel devait être poursuivi. Il existait une incapacité totale de travail dans l'activité de nettoyeuses et d'employée de pressing, mais dans une activité adaptée, la capacité sur le plan somatique s'élevait à 75 %, sans diminution de rendement. Sur le plan psychique, la capacité de travail était de 50 %, sans diminution de rendement, dans toute activité (cf. rapport d'expertise du COMAI du 4 janvier 2008).

26. Dans un avis sans un examen clinique du 29 janvier 2008, le Dr V\_\_\_\_\_ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis juillet 2007.
27. Par projet de décision du 30 mai 2008, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2005 au 30 septembre 2007, puis un quart de rente d'invalidité à partir du 1er octobre 2007 sur la base d'un degré d'invalidité de 46 % issu d'une comparaison des revenus sans invalidité (à 100 %) de 39'219 fr. et avec invalidité (à 50 %) de 21'238 fr., avec une réduction sur le revenu d'invalidité de 15 %.
28. Par courrier du 16 juin 2008, l'assurée a contesté ce projet de décision, se référant à l'avis de ses médecins traitants et du Dr P\_\_\_\_\_.
29. L'assurée a séjourné dans le service de rhumatologie des HUG du 18 juin au 11 juillet 2008 pour une prise en charge de céphalées, cervicalgies et douleurs lombosciatiques gauches.
30. Dans un rapport du 14 juillet 2008, les Drs W\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic de cervicobrachialgies gauches sur syndrome douloureux chronique et contracture de l'angulaire de l'omoplate gauche; douleurs de l'épaule gauche dans un contexte de conflit sous acromial et d'une calcification de la jonction du tendon sus et sous-épineux.
31. Dans un rapport du 16 septembre 2008, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé avec l'apparition de cervicalgies mécaniques depuis environ six mois. La patiente était très algique et contrainte de rester couchée plusieurs heures par jour, avec actuellement un traitement antalgique maximal.
32. Dans un avis sans examen clinique du 22 septembre 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que selon le rapport des HUG, il n'y avait aucune hernie discale cervicale au contraire des déclarations de l'assurée. Il existait une pathologie de l'épaule gauche qui avait répondu favorablement au traitement. Cette atteinte de l'épaule limitait les activités répétitives et de force au niveau de l'épaule gauche. Cependant si le poste de travail était adapté, une capacité de travail de 50 % était envisageable.

33. Par courrier du 14 novembre 2008, le Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre, a indiqué qu'il avait examiné l'assurée à la demande du Dr L\_\_\_\_\_ et que son examen clinique lui avait permis d'écarter une sinistrose. Il appuyait dès lors fortement la demande de rente d'invalidité complète de l'assurée.
34. Par décision du 8 janvier 2009, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2005 au 30 septembre 2007, puis un quart de rente d'invalidité à partir du 1er octobre 2007.
35. Par courrier du 4 février 2009, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente dès le 1er octobre 2007. La recourante s'est étonnée de la diminution de sa rente entière d'invalidité à un quart de rente depuis octobre 2007, puisque son état de santé ne s'était pas amélioré. Elle a également contesté le rapport d'expertise, faisant valoir qu'il n'avait pas de valeur probante puisque les experts n'avaient fait que de juxtaposer une capacité de travail sur le plan somatique et une capacité de travail sur le plan psychique, ce qui ne relevait pas d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire. Enfin, les conclusions de cette expertise allaient à l'encontre de l'avis de tous les médecins et autres experts qui l'avaient examinée.
36. Dans un rapport du 6 février 2009, le Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre, a indiqué qu'il suivait la recourante depuis le 13 novembre 2008. Elle lui avait été adressée par les Drs C\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_. Il a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble anxieux sans précision. L'incapacité de travail de sa patiente était actuellement totale pour des raisons à la fois somatiques et psychologiques. Sur le plan psychologique, l'évolution était défavorable avec un fonctionnement psychique cristallisé qui mettait en difficulté majeure le plan d'élaboration psychique.
37. Dans sa réponse du 5 mars 2009, l'OAI s'est référé au rapport d'expertise du COMAI, qui avait pleine valeur probante et dont les conclusions devaient être suivies.
38. En date du 4 mai 2009, s'est tenue devant le Tribunal de céans une audience de comparution personnelle des parties.

La recourante a indiqué qu'elle souffrait de lombalgies, d'une sciatique et de l'épaule gauche. Depuis l'année 2004, de la morphine lui avait été prescrite par périodes. Elle consultait actuellement le Dr D\_\_\_\_\_ à raison de deux fois par semaine. Elle avait auparavant consulté les Drs E\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, psychiatres. Les travaux ménagers étaient effectués par son mari et sa sœur venait tous les samedis aider au ménage. Elle occupait ses journées à faire de petites promenades de maximum 10 minutes et d'aller aux rendez-vous

de ses médecins. Le reste du temps, elle le passait à son domicile à se reposer en regardant parfois la télévision. Elle rencontrait souvent une amie qui habitait dans le même immeuble. Elle ne participait à aucune manifestation du quartier en raison de son état de santé physique d'une part et en raison d'un manque de motivation d'autre part. Le fait de prendre autant de médicaments perturbait considérablement sa concentration, ce qui l'empêchait d'exercer une activité en qualité de caissière par exemple. Elle n'était nullement opposée à des mesures de réadaptation et à reprendre une activité dans la mesure où elle pourrait être exigible.

L'OCAI a quant à lui indiqué que les mesures de reclassement n'étaient envisagées en principe que lorsque la personne avait une formation de base.

39. Par courrier du 6 août 2009, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise bidisciplinaire au Bureau romand d'expertises médicales (Dresses H\_\_\_\_\_, rhumatologue, et I\_\_\_\_\_, psychiatre), dont les médecins sont indépendants de l'assurance-invalidité, leur a soumis la mission d'expertise et leur a fixé un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation des expertes et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
40. Par courrier du 26 août 2009, la recourante a indiqué que le Tribunal de céans, pourrait, pour paraître aussi impartial que possible, confier l'expertise bidisciplinaire à des médecins qui ne travaillaient pas au sein d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité et qui ne gagnaient pas leur vie grâce aux importants honoraires qu'il percevait de celui-ci. Elle suggérait que le contenu de ses remarques soit discuté avec les juges assesseurs et était prête à proposer des noms d'experts moins liés à l'assurance-invalidité que ne l'étaient les Dresses H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_.
41. Par courrier du 1er septembre 2009, l'OAI a indiqué qu'il souhaitait que les experts expliquent, le cas échéant, pourquoi ils s'écarteraient des conclusions précédemment retenues par le COMAI.
42. Par courriers du 15 octobre 2009, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il avait décidé de mandater deux nouveaux experts, en les personnes du Dr Roger S\_\_\_\_\_, psychiatre, et du Dr J\_\_\_\_\_, rhumatologue. Un délai au 29 octobre 2009 a été imparti aux parties pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
43. Par courrier du 29 octobre 2009, la recourante a indiqué que le Dr S\_\_\_\_\_ était connu pour faire beaucoup d'expertises pour l'assurance-invalidité, que ce soit à titre de "médecin dit indépendant" ou "de médecin psychiatre œuvrant au sein du CEMed, c'est-à-dire d'un COMAI connu pour être le chouchou des

assureurs, en particulier de l'assurance-invalidité". Elle proposait par ailleurs des noms d'experts psychiatres "tout ce qui a de plus convenables". Enfin, elle a précisé n'avoir pas de questions à ajouter à celles figurant dans la mission d'expertise du 15 octobre 2009.

44. Par courrier du 23 novembre 2009, l'OAI a indiqué que le choix du Dr S\_\_\_\_\_ était judicieux car il avait déjà examiné l'assurée. Il était en revanche regrettable de ne pas confier l'expertise somatique au Dr T\_\_\_\_\_, précédent expert rhumatologue.
45. Par ordonnance du 22 décembre 2009, le Tribunal de céans a confié une expertise bidisciplinaire aux Drs J\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_.
46. Le 16 mars 2010, le Dr S\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise. La recourante se plaignait de douleurs, fatigue, tristesse, insomnie et de manque d'énergie et de plaisir. Par rapport à l'examen de septembre 2007, l'état clinique était à peu près inchangé. Il existait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), avec de manière intermittente des manifestations anxieuses de type panique. L'épisode actuel remontait à septembre 2004. Il n'y avait pas de trouble somatoforme douloureux ni de fibromyalgie. L'incapacité de travail était de 50 % dans toute activité depuis septembre 2007.
47. Le 24 juin 2010, le Dr J\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise. La recourante se plaignait de lombalgies depuis au moins 2001 et de douleurs persistantes malgré les interventions chirurgicales, lesquelles s'étaient étendues à la colonne cervicale, à l'épaule gauche et au genou gauche depuis 2006. Elle se plaignait actuellement de lombalgies sévères irradiant dans la jambe gauche. L'expert a requis un scanner lombaire et cervical effectué le 31 mars 2010. Il n'y avait pas de fibromyalgie ni de syndrome somatoforme douloureux mais des lombosciatiques L5 gauches chroniques sévères suite à une atteinte radiculaire L5 déficitaire (parésie) en 2004, laquelle entraînait une incapacité totale de travail.
48. Le 26 juillet 2010, la recourante a requis l'octroi d'une rente entière d'invalidité après le 30 septembre 2005.
49. Le 13 juillet 2010, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin interne FMH du SMR, a rendu un avis médical selon lequel les lombosciatiques L5 gauches chroniques sévères n'étaient pas expliquées par le scanner ou une atteinte motrice. Le trajet douloureux dans la jambe aurait dû être associé à une positivité du Lasègue qui aurait dû être recherchée. Les lombalgies pourraient être rapportée à une arthrose postérieure telle que décrite lors du scanner du 27 février 2007. Les douleurs étaient difficiles à justifier autrement que par une arthrose vertébrale postérieure qui pourrait être traitée par un traitement médicamenteux et de la physiothérapie.

Les contractures musculaires apparues depuis l'expertise de 2007 pourraient être secondaires à l'arthrose vertébrale postérieure, lesquelles devaient être traitées. L'appréciation de l'expert résultait d'une évaluation différente d'une même situation. Le seul élément nouveau était les contractures qui pouvaient encore être traitées de sorte que la conclusion de l'expertise de 2007 devait être confirmée.

50. Le 17 août 2010, l'intimé a observé que, du point de vue psychiatrique, il n'y avait aucun changement notable de l'état depuis l'examen de septembre 2007 et que, du point de vue rhumatologique, il n'y avait pas de modification notable depuis 2007, selon l'avis du Dr K\_\_\_\_\_.
51. A la demande du Tribunal de céans, le Dr J\_\_\_\_\_ a précisé le 4 octobre 2010 que l'assurée était en incapacité totale de travail depuis fin août 2004, en raison de l'apparition de la sciatique parétique. Les racines nerveuses L5 n'étaient pas visibles radiologiquement mais il n'était pas vraisemblable de dire que les douleurs provenaient uniquement d'une arthrose vertébrale pouvant être traitée. Des opérations multiples au niveau du rachis provoquaient une fibrose entourant les racines nerveuses, laquelle entraînait des douleurs ainsi qu'une instabilité créant elle-même des douleurs dans tout le rachis. Aucun autre traitement ne pouvait améliorer la situation. Les plaintes de l'assurée correspondaient avec l'examen clinique et l'observation de son comportement. Le test de Lasègue avait été testé négatif. L'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ avait été menée peu après la pose du stimulateur médullaire, lequel avait entraîné une amélioration passagère. Actuellement, la capacité de travail était nulle.
52. Le 22 octobre 2010, le Dr K\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical en relevant que le Dr T\_\_\_\_\_ n'avait pas mentionné de sciatique parétique en 2007 de sorte que l'incapacité de travail indiquée par le Dr J\_\_\_\_\_ depuis 2004 ne pouvait se rapporter qu'à l'activité habituelle et non pas à toute activité, que la fibrose postopératoire était hypothétique, que le scanner du 1<sup>er</sup> avril 2010 avait montré des signes d'arthrose (L5/S1) qui auraient pu être traités par une infiltration sous scanner, que les douleurs pourraient être secondaires au non traitement de l'arthrose vertébrale postérieure et non pas à une fibrose postopératoire hypothétique, que finalement les douleurs étaient aggravées par un traitement inadapté.
53. Le 25 octobre 2010, la recourante a persisté dans ses conclusions.
54. Le 10 novembre 2010, l'intimé a confirmé ses conclusions.
55. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, le Dr L\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical le 6 décembre 2010.

Il déclarait ne pas pouvoir s'associer aux conclusions du Dr K\_\_\_\_\_. La fibrose post-opératoire avait été visualisée les 22 septembre 2005 (périduroscopie) et 29 mars 2006 (IRM). Elle était vraisemblable à plus de 50 % de probabilité, même si les examens subséquents ne permettaient plus de la visualiser. La patiente avait bénéficié les 16 et 21 juin 2005 d'injections sous radioscopie d'anesthésiques locaux au niveau L4-L5 et L5-S1 gauche, sans effet sur la douleur de sorte que l'origine inter-apophysaire postérieure de la douleurs pouvait être exclue. Le Dr K\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte de ces deux procédures diagnostiques. Le 28 février 2007 une infiltration (xylocaïne + cortisone) sous scanner de l'articulation L5-S1 gauche avait néanmoins été tentée, sans effet sur les douleurs. Cette injection correspondait au traitement préconisé par le Dr K\_\_\_\_\_ ; il avait été un échec et était d'ailleurs reconnu comme peu efficace et non recommandé. De ce fait, l'arthrose modérée de l'articulation inter-apophysaire postérieure gauche L5-S1 n'était pas en cause dans la genèse des douleurs et d'autres injections locales seraient inefficaces et dangereuses, en raison de la prothèse discale.

Compte tenu de l'échec des blocs anesthésiques facettaires et de l'injection du 28 février 2007, l'hypothèse de la participation de l'articulation inter-apophysaire postérieure aux douleurs pouvait être définitivement écartée. Des injections n'étaient plus recommandées. La réaction inflammatoire persistante de la racine S1 gauche était très probable et pouvait être en partie liée à la fibrose péri-radriculaire. Ces éléments étaient objectifs de sorte que la conclusion du Dr T\_\_\_\_\_ était inexacte. Les douleurs de l'assurée étaient objectivables.

56. Le 11 janvier 2011, la recourante a maintenu ses conclusions.
57. Le 7 janvier 2011, le Dr K\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical selon lequel le Dr LA\_\_\_\_\_ estimait l'arthrose de l'articulation inter-apophysaire L5-S1 comme modérément sévère et non pas seulement modérée selon l'avis du Dr L\_\_\_\_\_. Le Dr LA\_\_\_\_\_ avait estimé le 28 février 2007 que la racine L5 pourrait être infiltrée ultérieurement mais cela n'avait pas été pratiqué. C'est dans ce sens qu'il estimait que toutes les mesures classiques (infiltration) n'avaient pas été mises en place mais, compte tenu des explications du Dr L\_\_\_\_\_, il admettait qu'il ne s'agissait pas d'une mesure exigible. Il lui était difficile d'associer une fibrose post-opératoire avec une lombosciatique, sans imagerie radiologique, ni clinique évidente. D'autres pathologies comme une arthrose vertébrale postérieure ou la recherche de bénéfices secondaires devaient être mises en cause. Il confirmait son avis précédent mais n'excluait pas qu'une lombosciatique soit possible de sorte qu'une nouvelle expertise interdisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique auprès d'un COMAI devait être organisée.
58. Le 13 janvier 2011, l'intimé s'est rallié aux conclusions du SMR.

59. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Par ordonnance du 22 décembre 2009, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.
2. S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 8 janvier 2009 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).
3. En l'occurrence, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

---

comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

4. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

5. 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 ainsi 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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 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).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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).

6. En l'espèce, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique et une expertise rhumatologique, complétée le 4 octobre 2010, lesquelles répondent aux critères jurisprudentiels précités pour qu'ils leur soit reconnu une pleine valeur probante.

S'agissant de l'aspect psychiatrique, le Dr S\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'état physique de la recourante en raison d'un trouble récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Le tableau

clinique psychiatrique était le même que lors de l'examen de septembre 2007. Les parties reconnaissent la valeur probante de cette expertise.

S'agissant de l'aspect rhumatologique, le Dr J\_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail totale de la recourante en raison de lombosciatalgies L5 gauche hyperalgiques chroniques sévères suite à une atteinte radiculaire L5 déficitaire (parésie) depuis 2004.

L'expert a expliqué que dès 2001 des lombosciatalgies gauches étaient apparues avec, en août 2004, une sciatique parétique L5 et une hernie discale paramédiane gauche ayant nécessité une discectomie L5-S1 gauche en octobre 2004, une périduroscopie en septembre 2005, la mise en place d'une prothèse discale L5-S1 en mai 2006 et un stimulateur médullaire en juin 2007, remplacé en septembre 2007, ayant permis une amélioration temporaire des douleurs.

Les douleurs avaient persisté malgré les traitements. Dès 2006, elles s'étendaient à la colonne cervicale, à l'épaule gauche et au genou gauche. La patiente se plaignait de douleurs permanentes. L'expert a requis un scanner lombaire et cervical effectué le 31 mars 2010 montrant que la prothèse discale L5-S1 provoquait d'importants artéfacts gênant l'analyse des racines L5 des deux côtés et du contenu intracanalair à ce niveau là. L'examen clinique confirmait l'atteinte lombaire et expliquait les plaintes. Il n'y avait pas de diagnostic de fibromyalgie, ni de syndrome somatoforme douloureux. Le traitement était adapté. La recourante prenait une dose maximum de morphine et avait bénéficié de toutes les possibilités thérapeutiques, sans succès; aucun autre traitement ne pouvait améliorer la situation clinique. Dans son complément d'expertise, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué que des opérations à répétition entraînaient un état cicatriciel produisant une fibrose qui entourait les racines nerveuses et provoquait des douleurs ainsi qu'une instabilité (fragilisation des étages vertébraux supérieurs) entraînant elle-même des modifications de la posture et donc des douleurs dans tout le rachis. Quant à l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ elle était probante mais avait été pratiquée quelques mois après la pose du stimulateur médullaire, soit à une époque où l'assurée avait ressenti une amélioration clinique.

L'avis du Dr L\_\_\_\_\_ va dans le même sens que l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ dès lors qu'il affirme que la fibrose post-opératoire explique les douleurs lombo-sciatalgiques gauches de la recourante, lesquelles sont objectivables et qu'il exclut que l'arthrose de l'articulation inter-apophysaire joue un rôle dans la genèse des douleurs.

Le Dr K\_\_\_\_\_ a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ et a relevé le 13 juillet 2010 qu'il existait une discordance entre les plaintes de cervicalgies sévères et les seules contractures des trapèzes, que la boiterie était probablement due aux problèmes lombaires et pouvait être traitée

aisément par un traitement anti-inflammatoire comme recevait l'assurée, que les lombosciatiques L5 gauches chroniques sévères n'étaient pas expliquées par le scanner récent et pouvaient être rapportées à une arthrose postérieure moyennement sévère bilatérale au niveau L5-S1, avec une prédominance gauche (telle que décrite par scanner du 27 février 2007), laquelle pouvait être traitée avec anti-inflammatoire, myorelaxant couplé à un traitement physiothérapeutique. Par rapport à l'expertise de 2007, celle du Dr J \_\_\_\_\_ mentionnait en plus des contractures musculaires au niveau des trapèzes et des muscles paravertébraux lombaires qui pouvaient être traitées par des infiltrations, voire le réajustement du traitement médical dans le cadre d'une consultation de la douleur. Ces contractures étaient vraisemblablement dues à l'aggravation de l'arthrose vertébrale postérieure pouvant mimer une sciatique. Toutes les mesures médicales n'avaient pas été utilisées et les lombosciatalgies gauches s'étaient vraisemblablement améliorées depuis 2007.

Le 22 octobre 2010, le Dr K \_\_\_\_\_ a estimé que la fibrose était purement hypothétique et ne pouvait être vérifiée alors que le scanner du 1<sup>er</sup> avril 2010 avait montré des signes d'arthrose modérée au niveau des articulations postérieures, tout comme celui du 27 février 2007 (arthrose postérieure moyennement sévère bilatérale au niveau L5-S1 avec une prédominance gauche), de sorte que les douleurs étaient vraisemblablement dues à cette arthrose vertébrale postérieure non-traitée.

Finalement le 7 janvier 2011, le Dr K \_\_\_\_\_ a modifié son point de vue en admettant que l'infiltration sous scanner n'était pas exigible et considéré que l'on pouvait admettre l'existence d'une fibrose péri-radiculaire vraisemblable à plus de 50 % de probabilité mais mis en question le rôle de celle-ci dans les douleurs et requis une expertise pluridisciplinaire.

La Cour de céans constate toutefois que l'appréciation du Dr K \_\_\_\_\_ n'est pas à même de remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire. Ce dernier a d'ailleurs modifié son avis de telle façon qu'il a admis, d'une part, que la mesure thérapeutique de l'infiltration sous scanner n'était pas exigible et, d'autre part, l'existence d'une fibrose post-opératoire. En fin de compte, il a estimé qu'une instruction complémentaire était nécessaire par le biais d'une expertise pluridisciplinaire uniquement au motif que le rôle de la fibrose post-opératoire dans les douleurs ne pouvait pas être confirmé.

A cet égard, l'expertise judiciaire, corroborée par l'avis du Dr L \_\_\_\_\_ a démontré, de façon convaincante et au degré de vraisemblance prépondérante, que la recourante présentait une fibrose post-opératoire entourant les racines nerveuses et des douleurs totalement incapacitantes. En particulier, le rôle dans la persistance des douleurs de l'arthrose de l'articulation inter-apophysaire a été écarté par les tests d'injections sous radioscopie d'anesthésiques locaux, de sorte que l'on peut exclure

qu'un traitement de l'arthrose soit exigible et puisse avoir un effet quelconque sur les douleurs.

7. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il convient de suivre les conclusions de l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ et de reconnaître à l'assurée une incapacité de travail totale depuis le 31 août 2004 en raison de lombosciatiques L5 gauches chroniques sévères objectivables, de telle sorte que la réduction dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007 de la rente entière d'invalidité à un quart de rente n'était pas justifiée.

La décision litigieuse sera annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2005.

8. a) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
- b) Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI), ainsi qu'une indemnité de 3'000 fr. en faveur de la recourante.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 8 janvier 2009.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2005.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 3'000 fr.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

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