

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/38/2009

ATAS/30/2010

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 15 janvier 2010**

**Chambre 5**

En la cause

Madame Z \_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX, comparant avec élection      recourante  
de domicile en l'étude de Maître BRAUNSCHMIDT Sarah

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE      intimé  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

---

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame Z \_\_\_\_\_ est d'origine marocaine et née en 1959. Elle est sans aucune formation professionnelle. Au Maroc, elle a travaillé dans une crèche et dans le tourisme, puis en Suisse comme nurse et femme de chambre. En dernier lieu, elle était employée comme aide-soignante dans un EMS. Elle est par ailleurs mère d'un enfant né le 12 juin 1996.
2. Le 27 octobre 2000, elle dépose une demande de prestations d'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'examen de cette demande, elle est soumise à un examen clinique pluridisciplinaire du Service médical régional AI (ci-après: SMR) en date du 12 février 2002 par les Drs A \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, B \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et C \_\_\_\_\_, psychiatre. Dans leur rapport du 7 mars 2002, ils posent les diagnostics de troubles somatoformes douloureux avec hémi-totalgie droite, accompagnés d'une hypo-sensibilité hémi-corporelle droite, de lombalgies chroniques avec une spondylolyse bilatérale de L5 et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, chez une personnalité à traits hystériques et dépendants. La capacité de travail est totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles liées à la pathologie lombaire et de 50% dans toute activité pour des raisons psychiatriques. Dans l'anamnèse, il est indiqué que l'assurée a connu une enfance heureuse. La grossesse et l'accouchement (par césarienne) se sont compliqués par un diabète gravidique et une infection de la cicatrice. En 1997, elle commence à ressentir des douleurs lombaires basses, en barre. Elle reprend néanmoins le travail comme aide-soignante, mais doit l'interrompre rapidement en raison d'une exacerbation de la symptomatologie douloureuse avec des douleurs dans le membre inférieur droit. Alors que cette symptomatologie perdure de manière inchangée, apparaissent début 2001 des douleurs extrêmes de plus ou moins tout le corps, notamment de tout le rachis, mais aussi des membres supérieurs et inférieurs. Depuis lors, elle déclare souffrir de douleurs permanentes de pratiquement tout l'hémicorps droit, diurne et nocturne, au point qu'elle ne dormirait que quelques heures par nuit. A l'examen, l'assurée est en bon état général, avec un status ostéo-articulaire objectif normal. La mobilisation des articulations de l'hémicorps droit est douloureuse, mais les articulations sont d'une amplitude normale, sans synovite ni épanchement. L'examen clinique est difficile à interpréter en raison de son caractère démonstratif et non anatomique. Il y a une bonne mobilité du rachis. Il n'y a pas non plus d'éléments pour une arthropathie inflammatoire, et une affection inflammatoire axiale ou périphérique peut être exclue. Ainsi, les médecins du SMR qualifient les lombalgies de communes sans lésions

radiologiques clairement identifiables et les rattachent à un trouble somatoforme douloureux. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: nécessité de pouvoir alterner régulièrement, environ une fois par heure, la position assise et la position debout, l'absence de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kilos et de port régulier (recte irrégulier) de charges d'un poids excédant 15 kilos. Sur le plan psychiatrique, il est constaté que la thymie de l'assurée est dépressive, avec en premier plan une tristesse qui devient manifeste au moment où elle évoque ses difficultés à prendre en charge son enfant. Cela la culpabilise et la dévalorise dans son rôle de mère. Elle exprime également des idées suicidaires. Les médecins relèvent en outre des manifestations anxieuses de type claustrophobique, ainsi qu'un retrait social important. L'assurée se décrit par ailleurs comme irritable. Dans l'appréciation du cas, les médecins indiquent que l'assurée présente une personnalité fragile qui semble avoir décompensé durant la grossesse et le post-partum. Parallèlement à un status douloureux extrêmement important, elle souffre d'un état dépressif, mais qui reste sous-évalué, l'assurée étant fixée sur ses douleurs. Elle ne reçoit pas de traitement spécifique. Toutefois, au moment de l'examen, l'état dépressif semble avoir régressé quelque peu. Quant à la présentation théâtrale des douleurs, elle est l'expression de la fragilité de la personnalité de l'assurée, selon les médecins du SMR. Une réadaptation professionnelle n'est pas envisageable.

3. Par décision du 14 août 2002, l'assurée est mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, ainsi que d'une rente complémentaire en faveur de son conjoint et son enfant.
4. En avril 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OCAI), aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève, entame une procédure de révision de la rente.
5. Dans son rapport du 14 mai 2006, le Dr D\_\_\_\_\_, rhumatologue, indique que l'état de sa patiente est resté stationnaire. Il pose le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Dans une profession sans port de charges, sans station debout prolongée et permettant les changements de position, sa capacité de travail est de 50 %. Il y a une bonne compliance.
6. En mars 2008, l'assurée est soumise à une expertise pluridisciplinaire à la Clinique CORELA, fonctionnant en tant que Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), par les Drs E\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport, et F\_\_\_\_\_, psychiatre.

Dans leur rapport du 21 avril 2008, les experts posent les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervico-lombalgies chroniques, de troubles disco-dégénératifs modérés de la colonne cervicale et de troubles disco-dégénératifs importants de L5-S1 dans le cadre d'une spondylolyse bilatérale L5. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils mentionnent un trouble dissociatif (de conversion) avec troubles moteurs dissociatifs et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'examen rhumatologique s'est révélé normal, sans limitation de mobilité. Il n'y a pas d'atteinte inflammatoire des articulations ni de déficit neurologique. Toutefois, on trouve quelques points de Smythe positifs et des signes comportementaux qui font suspecter un syndrome douloureux chronique. Au niveau psychique, un trouble dépressif anxieux véritable a été écarté, ainsi qu'une somatisation ou un trouble somatoforme apparenté. Les experts relèvent le caractère inconsistant et exagéré des multiples plaintes de l'assurée qui jette un doute sur la réalité des symptômes allégués. L'assurée tire par ailleurs de nombreux bénéfices primaires et secondaires de la situation actuelle. Elle ne prend pas son traitement anxiolytique (recherche de benzodiazépines dans les urines négative). La présence de traits de la personnalité hystérique est confirmée sous forme d'un trouble dissociatif. Toutefois, ce trouble n'est pas décompensé et ne saurait dès lors être considéré comme invalidant. Partant, les experts retiennent essentiellement une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, afin d'expliquer la discordance entre les éléments subjectifs et les constatations objectives cliniques. Néanmoins, les médecins reconnaissent que l'assurée présente une atteinte dégénérative relativement importante au niveau L5-S1 qui contre-indique les activités physiques lourdes avec contrainte pour le rachis. Le pronostic est très réservé, s'agissant d'une assurée déconditionnée et démotivée dont les bénéfices primaires et secondaires sont supérieurs à la reprise d'une activité professionnelle. Des mesures professionnelles seraient probablement vouées à l'échec. Pour des raisons rhumatologiques, la capacité de travail comme lingère ou aide-soignante est de 60%. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 85 %, compte tenu d'une diminution de rendement de 15% due à l'atteinte rachidienne. Sur le plan psychique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle.

7. Dans son avis médical du 30 avril 2008, la Dresse G \_\_\_\_\_ du SMR note notamment que le Dr D \_\_\_\_\_ n'a jamais posé le diagnostic de trouble de l'humeur dans ses rapports successifs et n'a pas estimé nécessaire une prise en charge psychiatrique. Elle en conclut que l'état de santé sur le plan psychiatrique s'est amélioré. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'est pas non plus retenu. Au plan somatique, l'atteinte lombaire reste stable et

l'atteinte cervicale modérée. La Dresse G\_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle et qu'elle est de 85 % dans une activité adaptée.

8. Le 2 juin 2008, l'OCAI informe l'assurée qu'il a l'intention de supprimer sa demi-rente d'invalidité, en raison d'une amélioration de son état, dès le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suivra sa décision.
9. Par courrier du 16 juin 2008, le Dr D\_\_\_\_\_ demande à l'OCAI de lui faire parvenir le dossier. Il souligne qu'il a toujours affirmé que sa patiente souffrait d'une spondylarthrite ankylosante. L'expertise de la Clinique CORELA n'amène aucun élément nouveau permettant d'écarter ce diagnostic. A cet égard, il relève qu'il a été posé sur la base d'un scanner du 18 décembre 1997. Le diagnostic est clair. Il s'étonne que les experts n'ont pas jugé bon de procéder à de nouvelles investigations. Par ailleurs, un diagnostic certain ne pourrait être donné que sur la base d'une IRM des sacro-iliaques. L'incapacité de travail est complète dans le métier de lingère et de 50 % dans une activité adaptée.
10. Par courrier du 25 juin 2008, l'assurée s'oppose au projet de décision de l'OCAI.
11. Dans son avis médical du 7 juillet 2008, la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR relève que le Dr D\_\_\_\_\_ fait remarquer à juste titre que les experts n'ont pratiqué aucun examen radiologique 11 ans après le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et n'ont aucun argument objectif pour exclure ce diagnostic. Dans ces conditions, on ne peut affirmer que l'état de santé de l'assurée se soit amélioré. En outre, les experts du COMAI ne se sont pas prononcés sur une amélioration de l'état de santé depuis l'examen du SMR. Il conviendrait dès lors de soumettre le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ à la Clinique CORELA pour répondre aux objections du médecin traitant sur le plan rhumatologique.
12. Le 14 juillet 2008, le Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre et directeur médical de la Clinique CORELA, fait savoir à l'OCAI que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante n'a été retenu que par le Dr D\_\_\_\_\_ et n'a pas été confirmé par l'examen clinique pluridisciplinaire du SMR du 12 février 2002. Le Dr D\_\_\_\_\_ a posé ce diagnostic sur la base d'un scanner des sacro-iliaques effectué le 17 décembre 1997 qui a révélé une sclérose du versant iliaque bilatéral avec quelques images érosives, signes relativement peu spécifiques, compte tenu de la clinique pour retenir une sacro-iliite active. L'évolution a été marquée par une extension des douleurs réalisant un tableau d'hémi-totalgie droite sans manifestation inflammatoire articulaire, évoquant davantage une fibromyalgie ou un trouble somatoforme douloureux. L'examen clinique du

SMR et l'expertise COMAI démontrent l'absence de corrélation entre ces images radiologiques, les plaintes anamnestiques et les constatations objectives. Il n'y a en effet pas de limitation manifeste de la mobilité du squelette axial et périphérique. Le Dr I\_\_\_\_\_ admet toutefois que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante ne peut pas être exclu complètement. Cependant, il n'expliquerait pas les nombreuses plaintes de l'assurée et ne pourrait pas être à l'origine des limitations fonctionnelles démontrées. Les troubles dégénératifs expliquent mieux certains symptômes et la confirmation ou non d'une spondylarthrite n'aurait aucune influence supplémentaire sur l'appréciation de la capacité de travail. C'est ainsi volontairement que les experts de la Clinique CORELA ont renoncé à effectuer des examens radiologiques coûteux et inutiles. L'avis du Dr D\_\_\_\_\_ ne permet donc pas de remettre en cause le rapport d'expertise pluridisciplinaire.

13. Par courrier du 28 août 2008, le Dr E\_\_\_\_\_ de la Clinique CORELA complète l'expertise. Il confirme qu'il ne retient pas le diagnostic de spondylarthrite. Par ailleurs, l'évolution sur le plan ostéo-articulaire objectif reste difficile d'interprétation, l'examen clinique étant parasité par de nombreux signes de surcharge fonctionnelle alliant exagération de la réponse verbale et projection non-anatomique de la douleur. Quant à la question de savoir si l'état de santé s'est amélioré, ce médecin indique que "l'examen clinique restait, en mars 2008 comme en février 2002, difficile d'interprétation compte tenu des signes de surcharge fonctionnelle, postulant toutefois pour une aggravation de son état de santé somatique, expliquant dès lors cette capacité de travail de 85% dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, ceci à la lumière des divers bilans radiologiques pratiqués en 2005 puis en 2007 étayant une discopathie sévère de L5-S1 et des troubles disco-dégénératifs cervicaux qui n'étaient pas connus en février 2002".

14. Par courrier du 21 août 2008, le Dr D\_\_\_\_\_ informe la Dresse H\_\_\_\_\_ que sa patiente présente une maladie inflammatoire avec une raideur matinale de deux à trois heures et des réveils matinaux tous les jours entre 3h et 4h du matin à cause de douleurs lombaires basses. Elle a de la peine à se pencher en avant et on constate des douleurs au port de charges de plus de 5 kilos. Par ailleurs, elle doit alterner les positions tous les 30 minutes. Il estime par ailleurs que la spondylarthrite ankylosante et ses limitations fonctionnelles se sont aggravées depuis l'examen clinique pratiqué en février 2002 par le Dr B\_\_\_\_\_ du SMR. Quant à la divergence de son évaluation de la capacité de travail par rapport à celle du Dr E\_\_\_\_\_, le Dr D\_\_\_\_\_ explique que

cette divergence est principalement due au diagnostic, dès lors que le Dr E\_\_\_\_\_ ne retient pas une spondylarthrite ankylosante.

15. Par décision du 19 novembre 2008, l'OCAI confirme son projet de décision précitée. Il indique dans sa décision qu'il n'y a pas de preuve tangible que l'assurée présente une spondylarthrite ankylosante. Cela étant, il convient d'admettre que son état s'est amélioré et qu'elle ne présente pas un degré d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente.
16. Par acte du 6 janvier 2009, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant principalement à son annulation, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle conclut à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. Elle reproche aux experts de la Clinique CORELA de n'avoir effectué aucune IRM, alors que le dernier examen de ce type remontait à près de 10 ans. Par ailleurs, l'expert psychiatre a arbitrairement retenu que ses plaintes, sur le plan psychiatrique, n'étaient pas spontanées, sans pour autant indiquer en quoi elles ne le seraient pas. Elle relève également que le Dr I\_\_\_\_\_ est spécialiste en psychiatrie et s'étonne qu'il se soit prononcé sur l'avis médical du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, concernant la délicate question du diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Par ailleurs, le Dr E\_\_\_\_\_ a retenu que son état s'était aggravé depuis le dernier bilan rhumatologique en 2002. Enfin, elle fait valoir qu'elle souffre d'importants troubles du sommeil, de dépression, d'angoisses considérables et de douleurs aiguës permanentes. Elle ne parvient pas à effectuer les tâches du quotidien, lesquelles sont assumées exclusivement par son mari.
17. Par courrier du 3 juin 2009, la recourante transmet au Tribunal de céans le rapport du 20 avril 2009 du Dr J\_\_\_\_\_, psychiatre, tout en persistant dans ses conclusions. Ce médecin relève qu'il a vu la recourante à sa consultation à maintes reprises et qu'il a examiné les rapports du SMR du 12 février 2002 et de l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique CORELA. En ce qui concerne l'anamnèse, il indique que la recourante a dû seconder, voire remplacer sa mère, souvent malade (diabète, troubles gastro-intestinaux, crises à répétition), que la famille vivait dans la pauvreté, que la recourante a interrompu sa scolarité à cause des nombreuses hospitalisations de sa mère. L'évocation de ces souvenirs a provoqué un effondrement en larmes de la patiente. Il semble dès lors exagéré de parler d'enfance heureuse. Le Dr J\_\_\_\_\_ souligne également le caractère traumatique de la grossesse et de l'accouchement qui ont fait craindre à la patiente la perte de son bébé pendant la grossesse. Elle a par ailleurs dû suivre un traitement antidépresseur après la naissance de son fils et a

été licenciée peu après. Ses problèmes médicaux ont apparu à cette période. Elle devra à nouveau prendre un traitement antidépresseur suite au décès de son père en 2003. Ses plaintes sont par ailleurs multiples, en particulier sur le plan psychique (angoisses, idées dépressives, fatigue, idéations suicidaires occasionnelles) et psychosomatique (nausées, vomissements, vertiges, céphalées, palpitations, oppressions thoraciques, algies multiples, troubles du sommeil). Le Dr J\_\_\_\_\_ est frappée par la divergence de vue entre le Dr C\_\_\_\_\_ du SMR et l'expert de la Clinique CORELA. Le Dr J\_\_\_\_\_ déclare que son évaluation confirme les données du Dr C\_\_\_\_\_, à savoir un état dépressif récidivant et un syndrome anxieux. Sur l'échelle d'évaluation de dépression de Hamilton, le score atteint 36, ce qui correspond à une dépression sévère. Il faut ainsi retenir que les évaluations peuvent fluctuer selon les experts et selon les périodes d'examen des patients. Le Dr J\_\_\_\_\_ retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, de troubles anxieux, sans précision, et de troubles dissociatifs (conversion) avec troubles moteurs dissociatifs. Par ailleurs, il s'étonne que l'expert psychiatre de la Clinique CORELA n'ait pas retenu que la patiente était au bénéfice d'un traitement antidépresseur et anxiolytique entre 2002 et 2008. Actuellement, elle suit également un tel traitement et prend des somnifères. Cela a contribué à améliorer son état psychique, mais la persistance d'une symptomatologie complexe depuis 1996 fait retenir au Dr J\_\_\_\_\_ la notion de chronicité des troubles, avec un pronostic réservé, comme le l'expert psychiatre de la Clinique CORELA l'a admis. Ainsi, il évalue la capacité de travail à 50 % sur le plan psychiatrique.

18. Dans son avis médical du 7 juillet 2009, la Dresse H\_\_\_\_\_ se détermine sur le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ et relève notamment que le fait que les plaintes de l'assurée aient été décrites comme peu spécifiques par le COMAI est une constatation objective, qui ne saurait être mise en doute par le psychiatre traitant. Quant à la divergence de vue entre l'expertise du COMAI et l'examen du SMR en 2002, celle-ci peut être expliquée précisément par une amélioration de l'état de santé. Concernant le test de Hamilton, il s'agit d'un test subjectif qui a été mis en place par l'industrie pharmaceutique dans le but de dépister les troubles thymiques, mais surtout pour suivre les traitements médicamenteux antidépresseurs mis en place. Ces tests n'ont aucune valeur diagnostique et doivent être corrélés avec des éléments objectifs du status. Selon la Dresse H\_\_\_\_\_, le trouble dissociatif de conversion et le trouble moteur dissociatif sont sans répercussion sur la capacité de travail, dès lors que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les troubles dissociatifs doivent être évalués comme le trouble somatoforme douloureux persistant. Le Dr J\_\_\_\_\_ n'a pas

non plus précisé qu'un traitement antidépresseur avait été instauré entre 2002 et 2008. Il est enfin contradictoire de constater que l'état de santé de l'assurée se soit amélioré, à la suite du traitement médicamenteux, tout en diagnostiquant un état dépressif sévère. Ainsi, la Dresse H\_\_\_\_\_ estime que le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ est peu convaincant.

19. Sur la base de cet avis médical, l'intimé conclut au rejet du recours, par écritures du 16 juillet 2009.
20. Par écritures du 28 juillet 2009, l'intimé transmet au Tribunal de céans le calcul du degré d'invalidité de l'assurée, lequel a été déterminé à 19 % sur la base d'une capacité de travail de 85 %, tout en soulignant qu'un tel degré est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Cependant, sur demande concrète et motivée de la part de la recourante, une mesure de placement pourrait être envisagée.
21. Par courrier du 13 août 2009, la recourante sollicite un délai pour produire la détermination du Dr J\_\_\_\_\_ sur le dernier avis de la Dresse H\_\_\_\_\_. Subsidiairement, elle sollicite l'audition du Dr J\_\_\_\_\_, ainsi que du Dr D\_\_\_\_\_. S'agissant de l'avis médical de la Dresse H\_\_\_\_\_, elle relève qu'il a été rédigé par un médecin généraliste et que cet avis ne saurait dès lors mettre en cause l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ qui est spécialiste en psychiatrie. Elle souligne également que l'avis médical de l'expert psychiatre de la Clinique CORELA est contredit par l'examen du Dr C\_\_\_\_\_ et du médecin spécialiste traitant.
22. Le 28 août 2009, le Dr J\_\_\_\_\_ se prononce sur l'avis de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 9 juillet 2009. Il relève que, à ses yeux, les éléments anamnestiques ont contribué à fragiliser les ressources psychiques de la patiente, dans le sens d'une mauvaise estime d'elle-même, d'une culpabilité persistante et de sentiments d'incapacité à affronter certaines difficultés de l'existence, avec une perte de confiance en elle-même. Par ailleurs, le Dr J\_\_\_\_\_ précise qu'il n'est pas intervenu comme médecin traitant, mais à la demande du conseil de la recourante pour un avis médical. Il s'étonne de la mise en cause du test Hamilton, dès lors que celui-ci est souvent utilisé par les experts pour l'évaluation de troubles dépressifs et anxieux. Enfin, il persiste à penser que les évaluations peuvent fluctuer selon les experts et selon les périodes d'examen de la patiente.
23. Par écritures du 30 septembre 2009, la recourante transmet au Tribunal de céans le rapport précité du Dr J\_\_\_\_\_ et persiste dans ses conclusions. Elle fait

valoir que ses plaintes n'ont manifestement pas été prises en compte par l'expert psychiatre de la Clinique CORELA, puisqu'elles ne sont que partiellement relatées, comme l'a relevé le Dr J\_\_\_\_\_, et systématiquement écartées au motif qu'elles ne seraient pas sincères ou même amplifiées. Par conséquent, une valeur probante ne peut être accordée à l'expertise pluridisciplinaire. Par contre, les rapports médicaux du Dr J\_\_\_\_\_ sont étayés, objectifs, prennent pleinement en compte ses plaintes et se fondent sur une anamnèse détaillée. Elle constate par ailleurs que l'intimé a omis de procéder à une comparaison des gains avant de prendre la décision litigieuse, de sorte qu'elle ne disposait pas des éléments lui permettant de se prononcer sur son invalidité. En outre, le taux d'invalidité doit subir une modification notable pour permettre une révision de la rente, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. Enfin, elle sollicite une audience de comparution personnelle des parties, ainsi que l'audition du Dr J\_\_\_\_\_.

24. Dans son avis médical du 16 novembre 2009, la Dresse K\_\_\_\_\_ du SMR admet que les rapports du Dr J\_\_\_\_\_ apportent des éléments nouveaux allant dans le sens d'une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à 2008 et contredisant l'expertise de la Clinique CORELA. Ainsi, il est impossible de se prononcer sur l'évolution de la santé de l'assurée sur le plan psychiatrique, de sorte qu'il conviendrait de procéder à une nouvelle instruction par un expert psychiatre neutre.
25. Sur la base de cet avis médical, l'intimé conclut à ce que l'instruction soit complétée, par écriture du 23 novembre 2009.
26. Par courrier du 25 novembre 2009, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Dr ABBA L\_\_\_\_\_, psychiatre. Il leur communique également la liste des questions.
27. Dans son avis médical du 3 décembre 2009, la Dresse K\_\_\_\_\_ du SMR indique qu'elle n'a pas de motif de récusation concernant le choix de l'expert et propose de compléter la liste des questions. Par écriture du 15 décembre 2009, l'intimé fait sien l'avis médical précité.
28. Par courrier du 16 décembre 2009, la recourante ne s'oppose pas non plus au choix de l'expert et requiert que les questions soient complétées.

**EN DROIT**

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGa), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATF non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).
2. En l'espèce, les parties considèrent que l'instruction doit être complétée par une expertise psychiatrique. Tel est également l'avis du Tribunal de céans, dès lors qu'il ne ressort pas de l'expertise de la Clinique CORELA en quoi l'état de santé de la recourante, sur le plan psychique, se serait amélioré depuis l'examen par le SMR en février 2002.
3. Le Tribunal de céans tiendra par ailleurs compte des remarques des parties concernant la mission d'expertise et complétera dès lors la liste des questions.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr L\_\_\_\_\_.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Mme Z\_\_\_\_\_.
  - Examiner personnellement l'expertisée.
  - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.
  - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
  - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
    1. Quels sont vos diagnostics dans une classification internationale reconnue ?
    2. Si vous avez retenu un trouble dépressif, doit-il être considéré comme une manifestation d'accompagnement d'un éventuel trouble somatoforme douloureux persistant ou s'agit-il d'un diagnostic préexistant à ce dernier trouble?
    3. En cas de diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux persistant, est-il accompagné d'une comorbidité psychiatrique grave et, dans l'affirmative, de laquelle?
    4. Quelles limitations fonctionnelles provoquent les atteintes psychiatriques constatées ?
    5. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée, sur le plan psychiatrique, dans une activité adaptée à ses handicaps physiques et à ses douleurs ?
    6. Quelle a été l'évolution de sa capacité de travail, sur le plan psychiatrique, depuis son examen par le Service médical régional AI en 2002 ? Peut-on notamment admettre que son état de santé s'est amélioré depuis février 2002 et, dans l'affirmative, depuis quelle date convient-il d'admettre une amélioration ? Le cas

échéant, l'état de santé s'est-il aggravé et, dans l'affirmative, de quelle façon et depuis quelle date ?

7. Quelle a été l'évolution sur le plan psychiatrique de l'état de santé de l'expertisée depuis 2008 à ce jour ?
8. Subit-elle une perte d'intégration sociale?
9. En cas de diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux, l'expertisée présente-t-elle 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)?
10. Comment vous déterminez-vous sur le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique CORELA du 21 avril 2008 ?
11. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite le Dr L\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le