

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4674/2009

ATAS/1207/2011

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 7 décembre 2011

8ème Chambre

En la cause

Madame L. _____, domiciliée à Perly, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Laurence CRUCHON, Présidente suppléante.

EN FAIT

1. Madame L_____ (ci-après également : l'assurée ou la recourante), née en 1947, de nationalité suisse, a présenté une demande de prestations AI visant à l'octroi d'une rente, en date du 27 septembre 2000.
2. A l'appui de sa demande, elle a fait valoir une incapacité de travail de 100 % en raison de l'impossibilité de maintenir une position assise sur la durée.
3. Elle a indiqué avoir subi un accident de voiture (coup du lapin), être traitée médicalement par les Drs A_____ et B_____, avoir exercé en tant que profession apprise celle de secrétaire comptable et être en arrêt de travail à 100 % depuis le 26 juillet 1999.
4. Dans son rapport d'expertise, adressé à l'assurance-accidents de l'assurée le 19 septembre 2000, le Dr C_____, spécialiste en neurochirurgie clinique auprès de l'Hôpital Universitaire de Berne, a indiqué avoir pris connaissance de tous les rapports médicaux concernant l'assurée. Ayant effectué une anamnèse complète et un examen de celle-ci, il a mentionné qu'elle faisait état de douleurs chroniques, présentes en permanence, bien que fluctuantes, au niveau nuchal et cervical, dont le point le plus douloureux se situait environ dans la partie moyenne, correspondant à C4-C5/C6. Les douleurs avaient tendance à augmenter lorsque l'assurée se tenait immobile dans une même position, assise par exemple. Par contre, elles n'augmentaient pas nettement à la mobilisation et à la charge. En plus des douleurs cervicales, l'assurée décrivait des douleurs chroniques diffuses irradiant dans tout le membre supérieur gauche, sans topographie radiculaire. Les douleurs, de type brûlures, naissaient au niveau de la colonne cervicale moyenne et irradiaient diffusément jusque dans la main et tous les doigts, ayant tendance à augmenter à l'extension et rotation de la tête à gauche. Subjectivement, l'assurée décrivait une impression de faiblesse chronique du membre supérieur gauche, prédominante au niveau de la main, avec tendance à s'aggraver lentement au fil des années. Depuis quelques jours, elle se plaignait aussi de douleurs diffuses dans le bras droit, principalement au niveau de l'épaule, augmentant à la mobilisation et à la toux.

Le Dr C_____ a posé comme diagnostic un status après distorsion accidentelle de la colonne cervicale avec lésion disco-ligamentaire post-traumatique instable à hauteur de C5/C6, un status après hernie discale cervicale paramédiane et foraminale gauche à la hauteur de C5/C6, traitée par dissectomie C5/C6, foraminotomie gauche et spondylodèse avec pose d'une cage de carbone par le Dr B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, le 27 avril 1998, ainsi qu'une évidence radiologique d'une mobilité postérieure résiduelle de segment opéré et fixé C5/C6.

Le Dr C_____ ne pensait pas qu'une nouvelle opération soit indiquée, une intervention chirurgicale à un autre niveau que celle déjà pratiquée, telle que C6-C5, ne se justifiant qu'en cas de nouveaux signes clairs de compression médullaire ou radiculaire, ce qui n'était pas exclu à l'avenir. D'un point de vue thérapeutique, des mesures conservatrices telles que physiothérapie, prise d'analgésiques/anti-inflammatoires ou port de minerve ne se justifieraient qu'en cas de poussées douloureuses et de manière transitoire. Afin d'exclure une surcharge des facettes articulaires au niveau de C5/C6 et des segments adjacents, un test pourrait être proposé avec injection sélective d'un anesthésiste local, sous contrôle radiologique et dénervation transitoire des facettes articulaires. Si le test était positif, une dénervation définitive par thermocoagulation sous contrôle radiologique, pourrait être effectuée, ce traitement étant peu invasif et ne comportant que peu de risque neurologique. Il serait susceptible d'améliorer éventuellement les douleurs cervicales chroniques.

S'agissant de la capacité de travail et du degré d'invalidité de l'assurée, le Dr C_____ était d'avis que celle-ci avait retrouvé son statut d'avant 1997, après l'opération du 27 avril 1998, pratiquée par le Dr B_____. De ce fait, il pensait que le degré d'invalidité de 35 % secondaire à l'accident, était inchangé.

5. Le rapport établi le 16 octobre 2000 par le Dr B_____ indiquait comme diagnostic un status après chirurgie cervicale type Cloward C5/C6 pour une hernie foraminale C5/C6, à gauche, ainsi qu'une récurrence de cervico-brachialgies, due à une uncarthrose C5/C6, à gauche, ainsi qu'une pseudo-arthrose suspectée. Malgré l'intervention du 27 avril 1998, l'évolution était décevante, avec récurrence et recrudescence des cervico-brachialgies, incompatibles avec une quelconque activité professionnelle. Une nouvelle décompression chirurgicale pourrait se discuter, en cas de douleurs intolérables.
6. Le rapport médical établi par le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, le 30 octobre 2000, médecin traitant de l'assurée, indiquait que sa patiente souffrait de cervico-brachialgies, post-traumatiques et se trouvait en incapacité de travail à 100 % depuis le 28 juillet 1999. Il précisait qu'elle pourrait travailler en tant que secrétaire-comptable à 50 %, avec un rendement diminué de 50 %. Il mentionnait que l'assurée pourrait rester assise 4 heures par jour, debout 2 heures par jour, qu'elle pourrait tenir la même position du corps pendant 1 à 2 heures par jour. Elle devrait alterner les positions assise et debout, avec la marche. Elle pourrait utiliser ses deux bras, sans limitation, et lever au maximum 10 kg.
7. L'assurée a été mise au bénéfice d'une rente invalidité à 100 % par son assurance-accidents, à compter du 1^{er} janvier 2001.
8. Il ressort du dossier de l'Office cantonal de l'emploi, auprès duquel l'assurée était inscrite, que dès la décision rendue par son assurance-accidents, elle a rompu le

contrat de travail en emploi temporaire qu'elle avait obtenu auprès de l'Ecole de la santé et de la petite enfance, en tant que secrétaire, son dernier salaire à ce poste s'élevant à 3'596 fr. 60.

9. Dans son avis médical du 13 février 2001, adressé au médecin-conseil de l'assurance-accidents de l'assurée, le Dr B _____ a indiqué être en léger désaccord avec le traitement proposé par le Dr C _____, dans la mesure où la thermocoagulation de dénervation des facettes articulaires envisagée n'aurait selon lui pas amélioré de manière suffisante l'état de la patiente, de manière à entraîner une augmentation de sa capacité de travail. Il considérait que le traitement en cours devait être inchangé, à savoir traitement médicamenteux anti-inflammatoire à la demande, repos, port d'une collerette selon les besoins. En conclusion, il considérait qu'il s'agissait d'une évolution très décevante suite à un traitement classique selon Cloward pour une instabilité cervicale et une hernie foraminale C5/C6 gauche, à bientôt trois ans d'intervention, de sorte qu'il craignait que la patiente s'achemine en fin de compte vers une incapacité de travail totale et définitive.
10. Dans son rapport adressé à l'assurance-accidents de l'assurée le 15 février 2001, le Dr C _____ indiquait qu'une réévaluation du cas par l'expert médical lui semblait prématurée, dans la mesure où il y avait peu de chance que la situation neurologique ait changé de manière nette depuis l'examen qu'il avait pratiqué le 15 juin 2000.
11. Dans son rapport établi le 7 février 2002, le Dr D _____, psychiatre psychothérapeute, indiquait suivre l'assurée à raison de deux fois par semaine depuis une année. L'assurée s'était présentée à sa consultation en mars 2001, dans une phase subaiguë d'une récente décompensation d'un trouble de l'humeur type dépressif. La situation était stationnaire, voire s'améliorait, sur le plan psychique, aucune amélioration de la capacité de travail par des mesures médicales ou professionnelles n'étant cependant envisageable.

Il posait comme diagnostic selon le DSM IV un trouble douloureux chronique associé à la fois des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (F 45.4 - 307.89) et un trouble dysthymique, avec début tardif (F 34.1 - 300.4), avec des traits de personnalité évidente et probablement histrionique.

12. En date du 12 juillet 2002, le Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre médical de psychothérapie cognitive, à Lausanne, a adressé un rapport d'expertise à l'assurance-accidents de l'assurée.

Le Dr E _____ a vu la patiente le 6 juin 2002, lui a fait passer des tests cliniques et des corrections et s'est référé à la documentation reçue.

En examinant les constatations médicales déjà effectuées, il a notamment pris en considération le rapport rendu par le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 15 novembre 1986, lequel avait retenu un stress occupationnel évident chez la patiente. Dans un courrier du 10 mars 1987, le Dr F_____ avait relevé que psychologiquement, la patiente lui avait fait une meilleure impression que quelques mois auparavant. Il avait relevé dans un rapport d'expertise du 24 septembre 1987, la causalité des « autres troubles », qu'il mentionnait comme surcharges psychologiques, facteurs dépressifs, polyinsertionnisme et dorsiolomalgies à caractère psychosomatique.

Après un rappel de l'anamnèse personnelle et professionnelle de la patiente, le Dr E_____ a repris les rapports médicaux en sa possession et constate que jusqu'en 1985, l'assurée n'avait pas le sentiment d'avoir souffert de troubles psychiques particuliers. Suite à son accident, se sentant plus nerveuse, elle avait dû prendre à l'occasion du Lexotanil, à la demande. De son propre chef, elle avait consulté le Dr D_____, car elle n'avait plus le moral. Elle avait fait état durant cette période d'une baisse de l'humeur avec sentiment de tristesse, manque de motivation, d'entrain, d'envie, sans pouvoir l'attribuer à un événement particulier. Elle avait été suivie à raison de deux fois par semaine par le Dr D_____ et avait pris un traitement de Seropram qui avait eu un effet favorable. Lors de son examen par le Dr E_____, l'assurée estimait que son état psychologique s'est sensiblement amélioré.

Le Dr E_____ considérait que l'assurée souffrait d'anxiété importante, se manifestant principalement par des troubles somatiques ou de la fatigue physique. Elle apparaissait immature et égocentrique, semblant se préoccuper de sa santé, se plaignant d'asthénie et divers malaises, utilisés éventuellement en vue d'attirer l'attention de son entourage, dont elle restait très dépendante. La patiente avait une grande facilité à dériver sur le plan somatique ses difficultés et ses conflits, une certaine complaisance à l'égard de ses douleurs ou de ses malaises physiques, une évidente immaturité, une revendication affective importante qui la poussait à rechercher des contacts nombreux, factices et superficiels, ainsi que quelques traits de caractère histrionique. Il posait comme diagnostic selon le DSM IV un trouble de conversion hystérique à minima, avec une dysthymie légère, une personnalité de type histrionique à traits obsessionnels. Le Dr E_____ considérait que du point de vue psychopathologique, l'assurée ne présentait pas de trouble important de l'humeur et ne remplissait pas les critères pour un épisode dépressif majeur. Il partageait le point de vue du Dr D_____ s'agissant de la dysthymie, ce trouble ayant évolué favorablement suite à une prise en charge psychiatrique ad hoc et la prescription de Seropram durant deux mois. Il indiquait que la dysthymie était actuellement d'intensité tout au plus légère. Il excluait un état de stress post-traumatique, comme un trouble somatoforme douloureux.

Il constatait que la patiente n'indiquait pas ne pas pouvoir réaliser ses activités ménagères domestiques, ni le fait que ses douleurs et/ou troubles psychologiques constituaient un handicap évident retentissant dans ses loisirs et sa vie sociale, affective.

Il retenait ainsi un fonctionnement de personnalité de type histrionique avec traits obsessionnels, expliquant d'une part la tendance à la suggestion et à la dramatisation, de même qu'une forme de psychorigidité. Il soulignait qu'il ne s'agissait pas d'un trouble majeur de la personnalité, mais plutôt d'un mode de fonctionnement, traduisant la persistance d'une certaine immaturité, d'où une importante dépendance affective. Le type de sujet souffrant de cette problématique demeurait toujours vulnérable, fragile face aux stress existentiels, même mineurs.

Un traitement d'antidépresseurs légers comme le Zoloft pourrait être judicieux, pour améliorer l'anxiété et le trouble dysthymique dans un délai de deux à trois mois, si l'assurée se montrait compliant.

Selon lui, la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique était supérieure à 80 % dans une activité adaptée.

13. Par décision du 18 novembre 2002, l'Office cantonal de l'assurance invalidité du canton de Genève a rendu un projet de décision de refus de rente, estimant qu'aussi bien sur le plan physique que psychique, l'assurée pouvait reprendre une activité à 65 %, telle celle qu'elle effectuait au moment de sa demande de prestations AI.

L'activité d'employée de bureau (avec CFC) étant adaptée, l'assurée pouvait mettre en valeur ses compétences dans ce métier, ce qui excluait d'envisager des mesures professionnelles.

Un taux d'incapacité de 35 % n'ouvrant pas droit à une rente AI, sa demande était rejetée.

14. En date du 4 septembre 2003, le Dr G _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a rendu un rapport, adressé à l'assurance-accidents de l'assurée, après avoir vu la patiente en consultation le 12 mars 2003.

Il rappelait dans son rapport que cette dernière avait subi un accident de la circulation le 12 juillet 1985, suivi d'un traumatisme cervical, et qu'elle avait ressenti immédiatement des cervico-brachialgies gauches, avec des paresthésies de topographie C6 et C7 gauche. Une fracture avait été découverte en septembre 1986, motivant le port d'une minerve pendant 6 mois. La patiente n'avait pas pu reprendre ses activités sportives. A la fin des années 90, elle avait repris une activité professionnelle à 50 %, puis progressivement la situation s'était détériorée, surtout depuis 1995. Le 4 décembre 1997, elle avait été examinée par le Dr B _____, lequel avait posé le diagnostic d'une hernie discale cervicale C5/C6 et procédé à une décompression des spondylodèses, par voie antérieure, le 27 avril 1998.

L'évolution postopératoire était défavorable, avec une augmentation des douleurs cervicales subjectives, une augmentation des paresthésies, touchant les dermatomes C7 et légèrement C8, ainsi qu'une augmentation des céphalées. Des sensations nauséuses étaient également décrites par la patiente lorsque les douleurs étaient plus intenses. Divers traitements conservatoires avaient été effectués, sans succès.

Le Dr G_____ indiquait que lorsqu'il l'avait examinée, la patiente avait décrit essentiellement des douleurs cervicales, augmentées au port de charge, en position assise, lors de la rotation de la nuque vers la gauche, plutôt diminuées au changement de position et à la marche. Elle avait également décrit des douleurs plus névralgiques, irradiant en direction de l'oreille et légèrement de l'œil, du côté gauche. Elle avait encore décrit une fatigue intense. Vue en expertise le 15 juin 2000 par le Dr C_____, un traitement par blocs facettaires avait été proposé, mais non effectué. En juin 2002, l'assurée avait tenté de reprendre une petite activité professionnelle dans une station-service, à raison de 6 à 10 heures par semaine. Ses douleurs n'avaient que peu changé, suite à cette reprise d'activité.

Le Dr G_____ constatait un syndrome cervical important, avec très nette diminution de l'extension de la nuque, plus modeste diminution de la flexion et des rotations, tant droites que gauches. Un syndrome radiculaire déficitaire pluri-radiculaire avec hypotrophie du deltoïde et du biceps gauche, légère, était présent. Il constatait une parésie du myothope C6 gauche, avec force résiduelle de 70 %, ainsi qu'une hypoesthésie et dysesthésie des dermatomes C6 et C7 gauche, prédominant sur C6. Enfin, il mentionnait une hypo-réflexie bicipitale et des radiopronateurs à gauche.

L'appréciation du Dr G_____ était que la patiente présentait des troubles dégénératifs nets aux segments qui avaient été opérés et décrivait actuellement des douleurs cervicales au premier plan. Au vu de la bonne fusion, une partie des douleurs revenait soit du segment subjacent, soit du segment sous-jacent. Des blocs facettaires tests, tout d'abord C4-C5, puis en C6-C7, sembleraient donc adéquats. De même, une nouvelle IRM cervicale pourrait être appropriée pour juger d'une éventuelle compression radiculaire.

Le Dr G_____ indiquait clairement une pathologie dégénérative, dont les séquelles principales étaient les douleurs chroniques essentiellement cervicales persistantes et même progressivement aggravées. Les plaintes de la patiente correspondaient à l'examen clinique qui démontrait un important syndrome cervical et l'absence de nouveaux déficits neurologiques. Il reconnaissait une chronicisation des douleurs, devenant fréquemment plus intenses qu'initialement, même en cas de bonne évolution objective postopératoire.

Il faisait état d'une progression des troubles dégénératifs, les segments sus et sous jacents, c'est-à-dire C4-C5 et C6-C7, étant en train de s'aggraver progressivement,

tant en raison des séquelles du traumatisme direct que de la mobilité impossible sur le segment C5/C6 en raison de la spondylodèse. Malgré qu'il reconnaissait une certaine adaptation de la patiente aux douleurs chroniques et le fait qu'elle avait trouvé un certain équilibre avec celles-ci, il indiquait que la situation n'était pas stabilisée.

Son avis sur l'invalidité suite à l'accident était que cette dernière est complète. Il pronostiquait qu'après un traitement antalgique, il serait possible d'améliorer la capacité de travail, mais en aucun cas au-delà de 50 %.

Selon lui, le travail de secrétaire n'était pas approprié pour le type de douleurs dont souffrait la patiente, dans la mesure où elles étaient souvent liées avec une contracture des trapèzes, et également exacerbés en position assise prolongée. Toute activité nécessitant une position assise prolongée, par exemple devant un ordinateur, ou constamment à un bureau, était vouée à l'échec. A son avis, la patiente ne pourrait pas travailler plus d'une heure consécutivement et il lui faudrait certainement une demi-heure à une heure de pause, pour récupérer entre les périodes de travail. Il était alors possible qu'elle arrive finalement à travailler entre 2 à 4 heures par jour, ceci devant toutefois être testé.

Un traitement médical supplémentaire pourrait être envisagé, à savoir le fait de faire des blocs facettaires en C4-C5, puis éventuellement en C6-C7. En cas d'amélioration, une thermo-coagulation facettaire pourrait être pratiquée sur le niveau incriminé, les chances de succès alors envisagées étant de 30 à 50 %. Une nouvelle IRM devrait être effectuée et, en cas de nette progression des troubles dégénératifs sur l'un des deux niveaux, une éventuelle réintervention avec par exemple la mise en place d'une prothèse discale par voie antérieure. Le cas n'étant pas stabilisé, il fallait rester ouvert pour une éventuelle réintervention, à doser en fonction des douleurs. Une intervention purement antalgique de type stimulateur médullaire dorsal, en l'occurrence cervical, ou implantation d'une pompe à morphine, ne lui paraissait pas favorable.

En conclusion, le Dr G_____ indiquait que bien que le traitement ait été adéquat, les douleurs étaient très chronicisées avec un très mauvais pronostic sur la reprise d'activité professionnelle. Il avait l'impression que la patiente ne pourrait pas dépasser sa capacité de travail de 6 à 10 heures par semaine. Toutefois, dans la mesure où les possibilités médicales n'avaient pas été toutes épuisées, il lui était impossible de se prononcer définitivement.

15. En date du 24 septembre 2004, le Dr H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a effectué une expertise médicale à la demande de l'Office cantonal AI.

Après avoir pris en considération les documents radiologiques et examiné la patiente le 22 septembre 2004, avoir procédé à une anamnèse complète, il a posé

comme diagnostic des cervico-brachialgies gauches chroniques non déficitaires, des lombalgies communes, un status après dysectomie C5/C6 et spondylodèse par cage intersomatique le 27 avril 1998, un status après AVP et coup du lapin le 12 juillet 1985 et un tunnel carpien gauche.

Le Dr H_____ a examiné les radiographies de la colonne cervicale de face et profil du 22 janvier 2003, lesquelles montraient un status après spondylodèse C5/C6, avec uncarthrose bilatérale, prédominante à gauche et spondylarthrose postérieure, des radiographies de la colonne cervicale en fonctionnelles du 1er septembre 2004, lesquelles montraient que le matériel prothétique était en place, avec une spondylodèse de C5/C6 consolidée et aucune instabilité, ainsi qu'un CT-scan du rachis cervical et de la charnière cervico-dorsale du 1er septembre 2004, lequel indiquait un bon alignement des corps vertébraux, des discopathies médianes discrètes en C3-C4 et C4-C5, prédominantes à droite, avec une uncarthrose et une spondylarthrose C5/C6.

Il se ralliait à l'avis du Dr C_____, exprimé en 2002, à savoir que l'assurée présentait une capacité de travail de 65 % dans son ancienne activité professionnelle de secrétaire comptable, une activité professionnelle légère épargnant les mouvements répétitifs du rachis, principalement les mouvements de la tête en rotation et inclinaison et l'immobilisation répétitive du membre supérieur gauche au-dessus de la tête, permettant même une capacité de travail de 85 % d'une activité à 100 %, ceci en tenant compte de la diminution de rendement. Il indiquait que l'assurée mettait en avant des lombalgies apparues depuis un an et un syndrome de tunnel carpien gauche objectivé par un examen neurologique avec EMG. Selon lui, ces deux affections n'avaient pas de répercussion sur l'estimation de la capacité de travail.

Du point de vue thérapeutique, il n'avait aucune proposition particulière à soumettre, si ce n'était la poursuite du traitement actuel alliant des antalgiques et anti-inflammatoires, en tentant d'y associer un traitement antidépresseur reconnu pour augmenter le seuil de tolérance de la douleur dans les douleurs chroniques. La patiente devrait en outre poursuivre une activité physique régulière, afin d'éviter des raidissements articulaires et les rétractions musculaires.

Pour ce qui était d'une reconversion professionnelle, compte tenu de l'intensité de la symptomatologie mise en avant par l'assurée et le retentissement que cette dernière aurait sur son quotidien, en gardant à l'esprit une assurée sans activité professionnelle suivie depuis juillet 1999, il pensait que toute mesure de reconversion professionnelle serait vouée à l'échec et que c'était dans son domaine d'activité professionnelle de secrétaire-comptable que l'assurée serait le plus à même de mettre en valeur sa capacité de travail maximale résiduelle.

Son pronostic s'agissant de la capacité de travail était réservée, vu les considérations qui précédaient.

16. Le 20 mars 2007, l'OAI a rendu une décision de refus de rente, se référant aux différentes expertises demandées par l'assurance-accidents, ainsi qu'à celles rendue par le Dr H_____. Le fait d'être au bénéfice d'un CFC d'employée de bureau permettrait à l'assurée de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. Dans une activité adaptée à 85 %, elle pouvait gagner tout autant que dans son activité antérieure de secrétaire-comptable, de sorte qu'une invalidité de l'ordre de 15 % pouvait seule être reconnue, ce taux n'ouvrant pas de droit à une rente.
17. Dans un rapport médical du 16 avril 2007, le Dr B_____ a indiqué suivre l'assurée depuis décembre 1997. Celle-ci souffrait de cervicalgies de manière chronique. Il lui avait retiré une hernie discale en 1998 mais les douleurs assez importantes au niveau cervical avaient persisté, étant maintenues à leur niveau par des séances d'ostéopathie, de physiothérapie et de manière chronique par la prise d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs. Un examen récent de la colonne lombaire démontrait que Madame L_____ était également porteuse d'une hernie discale L4-L5 gauche et d'une discopathie très sévère du dernier segment à savoir le segment L5-S1, en l'état traité de manière conservatoire.

Il concluait que l'assurée présentait des lésions sérieuses de son rachis aussi bien cervical que lombaire, entraînant des douleurs chroniques particulièrement gênantes.

18. Le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué dans un rapport médical du 20 avril 2007 être le médecin traitant de l'assurée depuis le mois de mai 2004. Durant les deux dernières années, il l'avait suivie pour différentes affections médicales, notamment pour des problèmes de cervico-dorsalgies présentés depuis l'accident de 1985 et après une cure d'hernie discale cervicale C5/C6 en 1998, tout comme pour des problèmes dépressifs, liés en partie à des difficultés personnelles et familiales, ainsi qu'à ses douleurs chroniques. Ces éléments dépressifs avaient nécessité la mise en place d'un traitement spécifique antidépresseur depuis quelques mois.
19. Le 3 mai 2007, l'assurée a recouru contre la décision de refus de rente, concluant à son annulation et à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 1999. Elle faisait valoir outre ses troubles cervicaux sévères, une atteinte neuropsychologique consécutive à son accident de 1985, telle que fatigabilité et irritabilité accrues, comme troubles de concentration, contribuant à son incapacité de travail.

Elle soulignait que les expertises des Drs C_____ et H_____ étaient incomplètes, en tant qu'elles passaient outre ses troubles neuropsychologiques, selon elle maintes fois rappelés et expertisés.

20. Suite à la volonté manifestée par l'OAI de reprendre l'instruction de la cause, le Tribunal cantonal des assurances sociales a déclaré le recours sans objet et rayé la cause du rôle, par arrêt du 3 septembre 2007.
21. En date du 12 juillet 2007, la décision du 20 mars 2007 a été annulée par l'OAI qui a repris l'instruction du dossier.
22. En date du 10 avril 2008, le Dr J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a adressé son rapport d'expertise médicale à l'Office AI.

Il a examiné l'assurée le 3 avril 2008 et s'est basé sur le dossier radiologique de l'assurée. Après une anamnèse complète le Dr J_____ a repris très en détail les avis médicaux de ses préopinants.

A l'examen effectué, il a mis en évidence un syndrome cervico-brachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, ainsi qu'un syndrome lombo-vertébral récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.

Il a indiqué dans son rapport que l'examen frappait par la présence de douleurs péri-articulaires, probablement imputables à un syndrome polyinsersionnel douloureux et récurrent, avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur et d'un syndrome de fatigue chronique, tout en notant qu'il n'y avait aucun signe flagrant parlant en faveur d'un trouble anxio-dépressif sous-jacent.

Du point de vue paraclinique, il indiquait que le bilan radiographique mettait en évidence au CT-scan de 2006 une protrusion postérolatérale en L3-L4, une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche de faible volume, sans conflit radiculaire, ainsi qu'une discarthrose en L5-S1. L'ultrasonographie des épaules pratiquée par lui-même était rassurante, aucun signe de tendinopathie ou de bursite sous acromioclaviculaire n'étant visible. La radiographie pratiquée le même jour confirmait la présence d'un status post-spondylodèse avec cage en C5/C6, en place, et une discopathie C6-C7, modérée. Au niveau lombaire, il notait une discopathie L5-S1 avec arthrose facettaire postérieure, inchangée par rapport au bilan de 2006. Globalement, il mentionnait qu'il y avait peu de péjoration radiologique, hormis l'apparition d'une minime discopathie C6-C7.

Du point de vue thérapeutique, il préconisait la poursuite de la prise en charge en physiothérapie, sous forme de mobilisation segmentaire douce, progressive, active et passive, avec étirements des différents groupes musculaires à sec et surtout, en piscine, sous forme de balnéothérapie, avec application de jets-massages.

Une médication antalgique, voire myorelaxante, pourrait améliorer la symptomatologie douloureuse. L'introduction d'une médication tricyclique pourrait permettre de rehausser le seuil de tolérance à la douleur. S'agissant l'exigibilité d'une activité professionnelle, du point de vue rhumatologique, le Dr J_____

retenait que dans l'activité de secrétaire-comptable, dans laquelle il fallait garder des positions assises, le rachis cervical en légère extension, la capacité de travail pouvait être estimée à 60-70 %. Dans une activité adaptée, avec alternance des positions assise et debout, régulière, en diminuant les ports de charge de plus de 5 kg avec long bras de levier, les longs déplacements de plus d'une heure, les mouvements en porte-à-faux, cette capacité pouvait être estimée à 80 %.

Il précisait que l'impotence fonctionnelle était imputable essentiellement aux troubles dégénératifs L5-S1, C5/C6 et C6-C7, au status post-spondylodèse, mais surtout aux douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu qui était probablement inséré dans un contexte d'une diminution de seuil de déclenchement à la douleur avec douleurs polyinsertionnelles récurrentes.

Il ajoutait que son appréciation s'apparentait à celle du Dr H_____ mais se différenciait de celles des Drs G_____, B_____ et I_____, et qu'il estimait que la situation s'était aggravée. Il indiquait à ce sujet qu'à son avis, hormis une légère perforation non significative des lésions dégénératives rachidiennes cervicales, c'était essentiellement les douleurs évoquées par le Dr I_____ dans son rapport du 20 avril 2007 qui entraînaient une impotence fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne et professionnelle.

Comparant son point de vue avec celui du Dr B_____ qui estimait, dans son rapport du 7 avril 2007, que les lésions rachidiennes étaient sérieuses, le Dr J_____ considérait que les discopathies tant cervicales que lombaires restaient modérées et ne permettaient pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse.

Selon l'expert, on pouvait dès lors constater une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'ampleur de la symptomatologie douloureuse, ainsi que l'impotence fonctionnelle dans ses activités professionnelles, en notant que son activité ménagère restait certes ralentie, mais conservée. Enfin, selon ce que décrivait l'assurée, le syndrome anxio-dépressif s'était nettement amélioré.

Le Dr J_____ mentionnait encore que le rendement depuis 2004 était probablement diminué de 30 à 40 % dans l'activité antérieure, une approche thérapeutique telle que celle qu'il préconisait pouvant cependant augmenter le rendement.

Il indiquait que des mesures de réadaptation pourraient être envisagées dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions assise et debout et d'éviter les ports de charges au-dessus de 5 kg, l'intelligence normale et la bonne maîtrise du français de l'assurée constituant des facteurs de bons pronostics. Par contre, la fatigue chronique et la diminution du seuil de tolérance à la douleur, ainsi que la conviction d'une invalidité et l'arrêt de travail de longue durée depuis 2000, constituaient des facteurs de mauvais pronostic.

23. Dans son éclaircissement adressé à l'Office cantonal AI du 13 mai 2008, le Dr J_____ indiquait que l'activité de comptable pouvait constituer une activité adaptée, pour autant que celle-ci puisse fournir à l'assuré une alternance de positions assise et debout de manière régulière, une diminution des ports de charges de plus de 5 kg, avec long bras de levier, ainsi que des longs déplacements de plus d'une heure et les mouvements en porte-à-faux. Cette activité pouvait alors être estimée à 80 %.
24. En date du 15 août 2008, le Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé son expertise à l'Office cantonal AI.

Après avoir pris connaissance du dossier médical et avoir pratiqué divers entretiens avec l'assurée, ainsi qu'un questionnaire d'auto-évaluation et deux autres tests d'hétéro-évaluation, le Dr K_____ indiquait qu'il intervenait suite au diagnostic posé par le Dr J_____, s'agissant du syndrome polyinsertionnel douloureux (fibromyalgie), son appréciation psychiatrique étant nécessaire, selon la jurisprudence en vigueur.

Il reprenait une anamnèse complète de l'assurée qui contestait quant à elle souffrir de fibromyalgie et ne s'estimait pas malade sur le plan psychiatrique. L'assurée estimait un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique non indiqué pour le moment, se sentant bien mieux que lorsqu'elle avait elle-même sollicité un tel suivi.

Après avoir repris les rapports et expertises de ses préopinants, le Dr K_____ indiquait ne pas observer de signe neurovégétatif, ni une particulière anxiété chez sa patiente. Il n'observait aucun trait de personnalité particulier, tout en précisant qu'il existait effectivement une très légère touche histrionique, mais assez intégrée dans le naturel des convictions de la patiente. Ses aménagements actuels n'évoquaient plus aucun fonctionnement du type dépendance.

En résumé, il indiquait avoir observé une femme actuellement sans aucun signe psychopathologique majeur, en particulier compensé au niveau affectif.

Du côté psychique, les répercussions de l'accident subi en 1985 avaient été décrites par d'autres médecins comme essentiellement sous forme d'une difficulté à faire le deuil sur les activités sportives antérieurement pratiquées avec intensité et les aménagements intrafamiliaux nécessaires avec une moins bonne mobilité. Le suivi psychothérapeutique en 2001 n'avait existé que pendant une période limitée, pour laquelle le psychiatre concerné (Dr D_____) avait décrit une amélioration progressive. La description de l'assurée elle-même s'entendait comme une prolongation du pronostic de 2001 : elle avait fait successivement face à ses limitations, se décrivait davantage comme une « battante » dans un bel aménagement familial, investissant avec intensité son rôle de grand-mère, dans un cercle de connaissances et d'amis élargi, tout ceci malgré sa récente séparation conjugale. Depuis longtemps, aucun suivi psychiatrique ou psychothérapeutique, ni

antidépresseur n'était nécessaire, l'assurée n'utilisant qu'occasionnellement un anxiolytique léger.

Dans l'expertise psychiatrique du Dr E_____ déjà, l'assurée se trouvait dans un état anxio-dépressif léger et comme une femme à tendance aux somatisations et faible capacité d'introspection. Selon l'examen clinique pratiqué par le Dr K_____, il considérait que cet examen était anodin, qu'il avait rencontré une femme en bonne forme psychique, et équilibrée, authentique lorsqu'elle parlait de ses épanouissements, sans aucun signe psychopathologique majeur. Même si l'on tenait compte des descriptions et des légères fluctuations émotionnelles, dans aucun registre, le seuil clinique n'était dépassé.

S'agissant des critères posés par la jurisprudence en matière de fibromyalgie, il n'en reconnaissait aucun, concluant au fait qu'il n'avait à poser aucun diagnostic concernant la santé psychique de l'assurée.

En toute logique, il n'existait pour lui aucune incapacité de travail, ni diminution de rendement sur le plan psychique.

25. Le 18 juin 2009, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente, se référant essentiellement aux expertises rhumatologique du Dr J_____ et psychiatrique du Dr K_____. Selon lui, dès lors que l'incapacité de travail n'impliquait pas un degré d'invalidité supérieur à 40 %, la demande de prestations AI devait être rejetée.
26. Par courrier de son conseil du 24 juin 2009, la recourante s'est opposée au projet de décision, se référant à l'expertise du Dr J_____ et relevant que la capacité de travail raisonnablement exigible dans l'activité de secrétaire-comptable avait été estimée à 60-70 %, avec une diminution de rendement de 30-40 %. Elle contestait le procédé employé par l'Office cantonal AI consistant à solliciter de l'expert qu'il corrige son rapport, sous le biais d'un « éclaircissement », de sorte qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de la première appréciation de l'expert.

Même en considérant l'« éclaircissement » du 13 mai 2008, la capacité de travail raisonnablement exigible serait de 80 %, dans un poste adapté aux restrictions. Or, le poste de secrétaire-comptable n'était pas pleinement adapté, puisqu'il ne permettait pas l'alternance de positions assise et debout de manière régulière.

Même en retenant le 80 %, compte tenu de la diminution de rendement de 20 % retenue par l'expert pour une activité adaptée, la perte de gain s'élevait au total à 40 % au strict minimum.

27. Le 16 novembre 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité, considérant que le Dr J_____ avait préconisé la poursuite d'une activité dans l'activité habituelle à 80-90 %, cette activité pouvant être considérée comme

adaptée. En outre, la capacité de travail retenue par l'expert comprenait déjà une baisse de rendement de 20 %, de sorte qu'elle n'avait pas à être prise en compte de manière cumulative à la réduction de l'incapacité de travail considérée.

Aussi, si l'activité habituelle respectait les limitations fonctionnelles retenues, elle pouvait logiquement être poursuivie à 80-90 % et être considérée comme une activité adaptée, selon ce que l'expert avait considéré et précisé.

Dès lors, un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

28. Dans son recours du 28 décembre 2009, l'assurée a fait valoir que les expertises sur lesquelles l'OAI s'était fondée étaient incomplètes, principalement dans la mesure où elles ne faisaient état à aucun endroit des séquelles neuropsychologiques dont elle souffrait suite à son accident de 1985.

En outre, sur le plan somatique, elle considérait que l'OAI aurait dû se référer à la décision de l'assurance-accidents et lui accorder, dans la mesure où son invalidité ne pouvait pas être divergente selon les deux assurances, une rente d'invalidité complète. Elle relevait que les Drs F_____, B_____, G_____, notamment, lui reconnaissaient tous la gravité objective des atteintes dont elle souffrait, si ce n'était son incapacité totale à exercer la moindre activité professionnelle. Elle ajoutait que le procédé auquel s'était adonné l'OAI pour demander un complément d'informations au Dr J_____ était inadmissible, étant en outre considéré qu'il n'était pas sérieux de retenir en premier lieu une capacité de travail de 60-70 % dans l'activité antérieure, en la distinguant bien d'une activité « adaptée » pour laquelle une capacité de 80-90% était retenue, pour finalement procéder à un amalgame en considérant que l'activité antérieure était soudainement devenue adaptée.

Enfin, elle ajoutait qu'il y a lieu de tenir compte du fait qu'elle n'exerçait de facto plus d'activité professionnelle depuis 10 ans et qu'elle était âgée de 62 ans, de sorte que lui retenir une capacité de travail n'était pas raisonnablement exigible.

Elle concluait à l'annulation de la décision entreprise et à ce que lui soit accordé le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 1999.

29. En date du 1er février 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant aux pièces du dossier et à la motivation de sa décision, les éléments apportés en procédure de recours ne permettant pas de faire une appréciation différente du cas.
30. Par la suite, la recourante a produit à la procédure une expertise établie le 15 février 2010 par le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.

Après un examen attentif des pièces médicales du dossier et une anamnèse complète, ainsi qu'un examen de la recourante, le Dr N_____ indiquait dans son expertise que depuis 2000, lorsqu'elle avait été reconnue invalide à 100 % par l'assurance LAA en raison de ses problèmes de cervico-brachialgies post-traumatique chroniques, la recourante n'avait pas vu son état s'améliorer, mais plutôt une fluctuation de l'intensité des douleurs. A la symptomatologie cervicale s'étaient ajoutées des lombalgies qui avaient progressivement augmenté en intensité et étaient devenues chroniques, étant mises en relation avec une discopathie inflammatoire sévère en L5-S1, ce qui ressortait de l'examen IRM effectué au mois de juin 2008.

Il concluait dès lors que la capacité de travail de la recourante était grandement affectée, qu'elle ne pouvait manifestement plus exercer des activités impliquant des positions statiques prolongées, ce qui était le cas de ses diverses activités professionnelles exercées jusqu'à son arrêt définitif en 2000. En ce qui concernait une éventuelle activité professionnelle, il faudrait qu'elle n'implique pas de position statique prolongée au-delà d'une demi-heure sans devoir changer de position, ni de port de charges répétitif, qu'elle évite à la patiente des mouvements en flexion et extension de son rachis à la fois cervical et lombaire, qu'elle soit plutôt exercée sous la forme de petits déplacements à pied, sans effort, en montée.

Au vu de l'énumération des nombreuses restrictions médicales à l'exercice d'une activité professionnelle, il apparaissait à ce médecin difficile d'envisager une reprise d'activité, après 10 ans d'arrêt de travail, chez une patiente atteignant sa 63ème année de vie. Sur le plan théorique, en respectant les limitations annoncées, pour peu que la patiente puisse bénéficier d'une période de repos, on pouvait imaginer une activité légère, autorisant des pauses fréquentes, que la patiente pourrait exercer à 25 ou 30 % maximum.

Selon lui, dans l'activité habituelle, le rendement devrait être considéré comme nul. Selon l'anamnèse et l'historique médical de la recourante, sa capacité de travail avait diminué au cours du temps par la survenue de son accident en 1985, tout particulièrement dès la fin des années 90, avec la survenue des cervico-brachialgies gauches, ayant amené à son opération de 1998.

Des mesures de réadaptation professionnelle seraient envisageables sur le plan théorique, dans la mesure où la patiente n'était plus en capacité de travail dans sa profession habituelle et qu'il lui restait un potentiel limité mais présent. Le fait que la recourante n'ait plus exercé d'activité salariée depuis 10 ans et qu'elle soit entrée dans sa 63ème année de vie, rendait très aléatoires les mesures de réadaptation professionnelle, en tous cas la probabilité qu'elles puissent déboucher sur une reprise d'activité salariée à temps partiel.

S'agissant des douleurs chroniques, peu susceptible d'amélioration, avec une quelconque prise en charge, il ne pensait pas que des mesures soient susceptibles d'améliorer la capacité de travail.

Le Dr N_____ concluait à une incapacité de travail dans une activité adaptée de 25 à 30 %, précisant que le rendement global exigible était également de l'ordre de 25 à 30 %.

31. La recourante a également produit une expertise établie le 17 février 2010 par le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Ce dernier a pris connaissance de l'intégralité du dossier médical et en fait un rappel approfondi, après avoir effectué une anamnèse complète, ainsi qu'un examen clinique.

Il a indiqué que la patiente n'avait pas de baisse de l'attention et que sa mémoire était conservée et sa capacité de concentration diminuée. Son humeur était neutre au premier abord mais elle se montrait déprimée lorsqu'elle était interrogée à la recherche de signe de la dépression. Elle pouvait se mettre à pleurer pendant l'entretien suivant les sujets abordés. L'intensité de la dépression actuelle était moyenne. Les signes de la dépression étaient selon lui tristesse et découragement, sentiment occasionnel d'irritabilité ou de malaise mal défini, un sommeil réduit ou interrompu au moins de 2 heures, des difficultés de concentration qui réduisaient sa capacité à lire, des difficultés à commencer ses activités routinières, parfois poursuivies avec effort, une capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels, un pessimisme marqué à propos du futur et une fatigue de la vie.

L'examen neuropsychologique ne mettait pas en évidence de troubles cognitifs caractérisés. Les difficultés dans le domaine verbal notamment n'atteignaient que ponctuellement le niveau de déficit et étaient isolées. Elles ne constituaient pas un syndrome psychologique connu et n'étaient pas suffisantes pour évoquer un déficit cognitif mineur. Elles étaient largement explicables dans le contexte d'anxiété et la baisse de l'humeur identifiée. Les diagnostics posés par le Dr O_____ étaient un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une atteinte médicale générale (F45.4 - 307.89) et un trouble dépressif récurrent, avec attaques de panique et anxiété, épisode actuel d'intensité moyenne (F 33.1 - 296.32).

Selon lui, ces diagnostics étaient présents depuis 1986.

Le Dr O_____ indiquait que l'expertisée souffrait d'un trouble douloureux ou syndrome somatoforme persistant, associé à une atteinte physique chronique sous forme de syndrome cervico-brachial et d'un trouble dépressif récurrent.

L'atteinte psychiatrique consistait en la présence de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et une atteinte médicale générale.

La recourante avait présenté un trouble dépressif récurrent comprenant au moins 6 épisodes dépressifs d'intensité légère à moyenne en 1986, 1999, 2001, 2005, 2008 et fin 2009-2010, l'épisode actuel étant d'intensité moyenne. Il s'agissait d'un trouble chronique persistant avec des périodes de rémission, les plus longues entre 1990 et 1999 et entre 2002 et 2005 et de longues périodes de rémission partielle où les symptômes étaient présents mais d'intensité moindre, de 1987 à 1990, de 2001 à 2002, 2005 à 2008 et de fin 2008 à mi 2009. Cette affection psychiatrique avait nécessité la prise d'un traitement anxiolytique de manière chronique depuis 1986 et de plusieurs traitements antidépresseurs entre 2001 et aujourd'hui. Un traitement psychiatrique ambulatoire de 2001 à 2002 et deux suivis spécialisés dans des centres de thérapie en 2005 et 2009 avaient aussi été nécessaires.

Ces deux affections médicales psychiques et physiques avaient entraîné une perte d'intégration sociale dans tous les domaines de sa vie : dans son travail, puisqu'elle ne pouvait plus travailler depuis fin 2002 malgré ses efforts, dans sa vie affective et de loisirs, bouleversée depuis son accident en 1985, dans son intégration sociale, toutes ses activités étant limitées et conditionnées par des douleurs chroniques et des symptômes psychiatriques, dans sa qualité de vie, puisqu'elle n'avait pu garder un travail stable et s'était appauvrie.

Dans son expertise, le Dr O _____ reprenait les constatations médicales effectuées à partir de 1985 et aboutissait à la constatation qu'il existait un état dépressif récurrent, soigné au long des années, sans résultat définitif en matière de rémission. Il expliquait pour quelle raison la personnalité de la patiente ne permettait pas toujours de poser un diagnostic adéquat, celle-ci ayant de la difficulté à ressentir ses émotions, ce qui ne lui aurait pas permis de faire face efficacement à ses douleurs et n'étant pas en mesure de les exprimer verbalement.

Selon le Dr O _____ le trouble douloureux chronique était résistant à tout type de traitement et aucun des traitements proposés n'avait permis de l'améliorer. A l'heure actuelle, le pronostic de guérison était donc nul.

Dans son rapport, le Dr O _____ faisait état de deux prises en charge psychiatrique au centre de thérapie brève de la Servette, la première du 11 février au 15 mars 2005 en raison d'un épisode dépressif moyen (F32.1), le diagnostic de personnalité dépendante probable (F60.7) et d'utilisation nocive pour la santé d'alcool (F10.1) étaient également posées. Un traitement antidépresseur de Déroxat 40 m/g par jour avait été instauré. La patiente continuait à prendre un traitement anxiolytique de Xanax de manière régulière. Suite à sa sortie du CTB, le suivi médical avait été assuré par son médecin traitant, le Dr I _____. Le traitement antidépresseur avait été interrompu au mois de juin 2005. En novembre, elle souffrait à nouveau d'une rechute dépressive dans le cadre de son déménagement après sa séparation. Un traitement antidépresseur de Sipralax 10 m/g par jour avait été instauré. Les symptômes dépressifs avaient persisté et le traitement avait été

modifié en faveur de la Fluoxetine 20 m/g par jour. Elle avait interrompu ce traitement d'elle-même se plaignant d'une prise de poids. Un nouveau traitement antidépresseur avait été prescrit fin 2006, le Zoloft 50 m/g par jour. En juin 2007, la patiente avait décidé d'arrêter de fumer et le Zoloft avait été interrompu. En mars 2008, elle avait fait une rechute dépressive qui avait nécessité la reprise du Zoloft 50 m/g par jour puis de la Fluoxetine 20 m/g par jour jusqu'en novembre 2008. En mars 2009, un nouvel état dépressif avait nécessité la reprise du traitement de Fluoxetine 20 m/g par jour. Du 13 mai au 23 juillet 2009, elle avait été prise en charge pour la deuxième fois par le centre de thérapie brève de la Servette. Le diagnostic posé était troubles dépressifs récurrents avec un épisode actuel d'intensité moyenne. Son état dépressif s'améliorant progressivement, la patiente avait décidé d'arrêter son traitement antidépresseur de Fluoxetine en juillet 2009. En septembre 2009, elle avait continué son suivi médical à l'hôpital, n'étant plus en mesure de payer ses factures de médecins. Elle présentait à nouveau un état dépressif. Bien qu'elle ait refusé dans un premier temps un traitement antidépresseur, elle avait fini par accepter de prendre de la Cerialine 50 m/g par jour. Son anxiété était fluctuante. La patiente avait accepté de diminuer sa consommation d'alcool, environ deux verres de vin par jour, qu'elle prenait dans le but de calmer ses angoisses. Selon son médecin traitant, elle développait des fractures métatarsiennes spontanées et un bilan pour ostéoporose était en cours.

Le trouble dépressif récurrent était aussi chronique et le risque de récurrence d'épisode dépressif très élevé, compte tenu du nombre d'épisodes dépressifs dont la patiente avait déjà souffert et de la présence de troubles douloureux chroniques. Les traitements proposés avaient permis une amélioration significative des 6 épisodes dépressifs mais la persistance des symptômes dépressifs et anxieux de manière durable entre les épisodes dépressifs rendait le pronostic mauvais quant à l'obtention d'une période de stabilité de longue durée sans symptôme.

Du point de vue qualitatif, le Dr O _____ indiquait que les douleurs chroniques et les symptômes dépressifs et anxieux rendaient la capacité de travail aléatoire et trop fluctuante pour qu'il soit envisageable d'effectuer une tâche soutenue demandant de l'attention et de la concentration. Même si la capacité de concentration de la patiente lui permettait de soutenir un travail de 2 à 3 heures, il en résulterait des tensions musculaires et de la fatigue qui l'empêcheraient de reproduire un effort semblable de manière régulière. L'anxiété serait exacerbée lors de situations nouvelles ou de stress ce qui ne lui permettrait pas de se rendre dans un travail qui sortirait de ses routines de tâches à domicile.

Du point de vue quantitatif, sa capacité de travail était nulle. Vu les considérations qui précèdent, il n'y avait pas de capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle. Selon le Dr O _____, l'incapacité de travail était totale depuis décembre 2000.

Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était envisageable, les limitations fonctionnelles étant physiques et psychiques et à l'origine de l'incapacité totale de travail, sans possibilité d'amélioration.

La capacité de travail ne pouvait pas non plus être améliorée selon le Dr O_____, dans la mesure où le stress et les nécessités d'adaptation que représenterait une reprise de travail ne pourraient être gérés compte tenu des troubles psychiques de la recourante.

32. En date du 19 avril 2010, la recourante a déposé une réplique, faisant état des nouvelles expertises produites et sollicitant que lui soit attribués en sus des dépens déjà demandés, une indemnité comprenant la somme de 6'112 fr., dépensée au titre des frais d'experts.

33. En date du 20 mai 2010, l'OAI s'est prononcé dans une duplique.

Il a remis en question l'expertise effectuée par le Dr N_____, soulignant que ce dernier était le seul à retenir une capacité nulle dans l'activité habituelle et réduite à 25 à 30 % dans une activité adaptée, tout en ayant omis d'indiquer depuis quand l'importante baisse de fonctionnalité existait, alors que la physiothérapie et la médication avaient apparemment été suspendues.

S'agissant de l'expertise psychiatrique du Dr O_____, l'affection psychiatrique, sévère, retenue par ce dernier était contestée. L'échec du traitement ne pouvait être affirmé, dans la mesure où sous traitement médicamenteux et suivi psychiatrique ad hoc au cours des années 2001 et 2002, la situation s'était améliorée et ce, malgré la difficulté d'introspection et la difficulté à exprimer ses émotions présentées par l'assurée.

Dès lors, l'OAI a maintenu ses précédentes conclusions.

34. En date du 7 septembre 2010, une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes a eu lieu.

35. Les parties se sont montrées d'accord avec le fait que le Tribunal adresse des questions écrites au Dr J_____, lequel, convoqué, n'a pas été en mesure de venir à l'audience en raison d'un accident.

36. La recourante a indiqué être affectée dans sa capacité de travail, au vu de ses douleurs importantes à la nuque et aux épaules, comme des « lâchages » et fourmillements ressentis dans son bras et sa main gauche. Elle a mentionné que son sommeil était entrecoupé très régulièrement, car elle doit souvent changer de position en raison de ses douleurs à la nuque, malgré l'utilisation de coussins spéciaux. Elle souffrait de problèmes de mobilité de la nuque, particulièrement pour se tourner du côté gauche, ce qui la gênait lors de la conduite notamment. Elle souffrait également quotidiennement de maux de tête. Elle avait de la peine à se

tenir dans la position assise sans support de la nuque pendant plus de 20 à 30 minutes, ce qui était très gênant pendant les repas par exemple. Lorsqu'elle faisait l'effort de rester dans une position trop longtemps, par exemple devant l'ordinateur, elle pouvait se sentir mal jusqu'à subir des nausées, voire rejeter son repas. Elle ne pouvait lever la tête que si elle soutenait sa nuque à l'aide de sa main et devait utiliser un coussin spécial pour aller au cinéma ou lire.

Pour traiter ses différentes douleurs, elle utilisait de l'Ibuprofène et du Paracétamol, toujours combinés. Elle avait trouvé cette combinaison qui la soulageait, après avoir utilisé des médicaments tels que le Tramal et le Sirdalud. Il lui arrivait également de prendre 1 g par jour, aussi bien de l'ibuprofène que du paracétamol. Elle utilisait également du Celebrex pour les douleurs musculaires, indépendamment des médicaments précités.

Elle a confirmé être une personne ayant de la peine à exprimer ses émotions et ses difficultés, ainsi que ses souffrances, ayant toutefois des relations familiales et sociales normales.

Elle ne pensait pas souffrir d'une pathologie psychique même s'il était vrai que son état psychologique s'était dégradé. Elle a souligné qu'elle avait dû pendant 15 ans tenter de retrouver une vie normale, notamment sur le plan professionnel alors que beaucoup d'activités précédemment exercées lui avaient été supprimées, dont les sports, ce dont elle avait beaucoup souffert. Elle souffrait également de n'avoir pu partager les activités qu'elle avait en famille avant l'accident et n'avait pu reprendre les activités sportives, malgré ses tentatives.

Elle a indiqué avoir deux petits-enfants de 6 et 8 ans qui venaient manger chez elle deux fois par semaine à midi. Elle n'avait pas les moyens de payer une femme de ménage mais une telle aide lui serait utile, dans la mesure où elle ne pouvait assurer que le strict nécessaire dans ses tâches ménagères. Elle effectuait ses courses elle-même mais devait solliciter l'aide d'un voisin pour porter les courses lourdes.

C'est l'assurance-accidents qui l'avait invitée à déposer une demande d'AI suite à la décision de rente complète rendue par celle-là.

Quant à l'évolution de sa situation de santé, depuis 1999, elle avait constaté une dégradation progressive sur le plan physique.

Dix ans plus tôt, elle sortait plus souvent avec des amies alors qu'actuellement elle devait décliner des invitations de manière régulière et se trouvait toujours la première à partir lorsqu'elle était invitée. Sa mobilité s'était dégradée dans le sens où elle pouvait effectuer des distances à pied de moins en moins longues, devant choisir les parcours les moins accidentés en raison de ses problèmes de nuque, alors même que c'était en déambulant qu'elle souffrait le moins à ce niveau. Elle devait

écourter de plus en plus les périodes durant lesquelles elle se trouvait dans la même position.

Sur le plan du moral, elle se sentait diminuée. Il lui avait été très difficile d'accepter de ne plus être en contact avec le monde professionnel et de ne plus pouvoir se réaliser sur ce plan, alors qu'elle aimait beaucoup son travail.

Elle serait ravie de pouvoir accepter de reprendre son travail à temps partiel mais devrait refuser car elle ne pourrait pas l'assurer, sachant qu'elle aurait un problème pour se concentrer. Dans sa dernière activité, lorsqu'elle avait essayé de recommencer à travailler à raison de 60 %, elle avait subi d'importants maux de tête qui l'avaient conduite à arrêter. Les problèmes principaux étaient la concentration et la position assise.

S'agissant des circonstances dans lesquelles l'examen du Dr J_____ avait été effectué, elle a indiqué avoir été convoquée durant plusieurs heures, alors que l'anamnèse n'avait duré qu'une heure, suivie après les examens de radiographie, d'un bref examen physique dont elle ne se rappelait pas les détails mais qui lui avait semblé insuffisant. Elle a contesté être restée assise durant 2 heures et demie durant l'examen.

37. En date du 15 avril 2011, des questions ont été posées par écrit au Dr J_____ qui y a répondu par courrier du 10 mai 2011.

Il a confirmé ses conclusions d'expertise du 10 avril 2008, indiquant qu'une reprise de travail était possible avec contrainte à 60-70 % et pouvant respecter les limitations fonctionnelles, à 80 %.

L'activité comme secrétaire-comptable permettant une alternation de positions, un allègement des ports de charges existait à sa connaissance. Au cas où l'assurée devrait effectuer des saisies de données, une position de 2 heures devant l'écran lui serait possible. Dès lors, dans ces conditions, l'incapacité de travail était de 60-70 %, et ce, à condition de permettre à l'assurée une alternance de positions de manière régulière, avec un temps de pause habituel.

Comme mentionné dans ses conclusions d'expertise en point 3.3 page 14, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement de plus de 20 % et ce, de manière transitoire, ce qui correspondait à un temps de réadaptation à une activité professionnelle.

38. En date du 8 juin 2011, la recourante s'est prononcée sur le courrier précité.

Elle a indiqué que bien loin de relever les contradictions contenues dans son rapport d'avril 2008, les réponses du Dr J_____ ajoutaient encore de la confusion ou des contradictions.

Ainsi, il avait parlé d'une reprise de travail avec contrainte à 60-70 %, indiquant en même temps que l'incapacité de travail était de 60-70 %.

Le Dr J_____ retenait bien une diminution de rendement de 20 %, dont le prétendu caractère transitoire n'était absolument pas étayé.

Elle concluait dès lors à ce que soient suivis les avis convergents des nombreux autres spécialistes consultés attestant d'une invalidité totale, en particulier celui du Dr N_____.

Elle a ajouté que ses atteintes vertébrales étaient telles qu'elle devrait prochainement subir deux interventions chirurgicales et a persisté dans l'intégralité de ses conclusions.

Elle a joint à ses conclusions un rapport du Dr B_____ du 10 mai 2011, confirmant qu'un nouveau bilan IRM, des cervicales et lombaires, avait démontré un certain degré de détériorations avec une discopathie sévère en C6-C7 et des contraintes radiculaires L5 bilatérales, en lombaire. Il n'existait pas d'autre solution qu'une chirurgie décompressive ciblée.

39. Quant à l'OAI, par courrier du 7 juin 2011, il s'est également prononcé sur l'avis médical du Dr J_____, indiquant que les conclusions de ce dernier lui permettaient de confirmer son appréciation du dossier. L'OAI a persisté intégralement dans ses conclusions.
40. Par la suite, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 lettre a, chiffre 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 194, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relative à la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS, 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. La LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance invalidité, ainsi que les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2006 (5ème révision AI), modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5147), sont applicables en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à leurs entrées en vigueur (ATF 130 V 446 et ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA).

La décision litigieuse a été rendue le 16 novembre 2009, reçue dans l'Etude du conseil de la recourante le 19 du même mois. Compte tenu de la suspension du délai entre le 18 décembre 2009 et le 2 janvier 2010 (art. 38 al.4 litt. c LPGA), le recours interjeté le 28 décembre 2009, dans le délai et la forme prescrits par les art. 60 et 61b LPGA, est recevable.

4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a refusé à la recourante l'obtention d'une rente d'invalidité, suite à sa demande présentée le 27 septembre 2000, sur la base du fait que le degré d'invalidité calculé n'atteignait pas les 40 % requis par la loi.

a. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste à après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un $\frac{3}{4}$ de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à $\frac{1}{4}$ de rente s'il est valide à 40 % au moins.

b. Pour pouvoir calculer de degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4).

c. C'est le lieu de rappeler, sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves par le juge des assurances sociales, que le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains

types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de faits donnés. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire, le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise 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, l'interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

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

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

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 est ni son origine, ni sa destination, mais son contenu. A cet égard, il convient 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 a 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.

d. Selon la jurisprudence et de la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grunderiss des Zivilprozessrechts, IVème édition, Berne 1984, page 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, IIème édition 5, page 278). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est -à-dire qu'ils présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme hypothèse possible. Parmi tous les éléments de faits allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui

paraissent plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et Références ; ATF 120 III 324 et ss, consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer dans le doute en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Par ailleurs, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elle, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elle risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et Références ; ATF 130 I 183, consid. 3.2).

Selon la jurisprudence (DTA 2001, page 169), le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de faits, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire.

e. Lorsque la présence de troubles somatoformes douloureux est évoquée, il convient d'appliquer les principes développés par la jurisprudence et de poser la présomption que l'affection et ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49), à moins que certains critères ne soient remplis, qui permettent de reconnaître à l'affection un caractère invalidant (présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, affections corporelles chroniques, perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, échec de traitements obligatoires ou stationnaire conforme aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopératif de la personne assurée, l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique). A l'inverse, le caractère invalidant de l'affection sera nié si les limitations liées à l'exercice d'une activité résulte d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs, dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps, malgré un environnement psychosocial intact (AFT 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

La jurisprudence précise également que, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la maladie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de ses atteintes à la santé.

Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3),

5. a. En l'espèce, les principaux rapports médicaux et expertises figurant au dossier et à prendre en considération au regard de la demande de prestations AI déposée par la recourante le 27 septembre 2000, sont ceux qui ont été établis par le Dr C_____ le 19 septembre 2000, le Dr E_____ le 12 juillet 2001, le Dr G_____ le 4 septembre 2003, le Dr P_____ le 24 septembre 2004, le Dr J_____ le 10 avril 2008 avec son éclaircissement du 13 mai 2008 et son courrier du 10 mai 2011, le Dr K_____ le 15 décembre 2008, le Dr N_____ le 15 février 2010 et le Dr O_____ le 17 février 2000.

Tous ces rapports et expertises contiennent une anamnèse et ont été établis suite à un examen de l'assurée, ainsi que suite à la prise de connaissance des principaux documents et examens constituant son dossier médical.

Ils remplissent ainsi tous les réquisits de la jurisprudence s'agissant de la force probante.

S'agissant des avis médicaux du Dr B_____, ils doivent également être considérés, quand bien même ils ne sont pas complets pour avoir valeur d'expertise, dans la mesure où ce médecin a suivi l'assurée depuis de nombreuses années et a donné des explications fouillées aux diagnostics posés et traitements préconisés.

b. Or, sur le plan somatique d'abord, force est de constater que les différents spécialistes consultés n'aboutissent pas aux mêmes résultats s'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante.

Trois des médecins aboutissent à la reconnaissance d'une capacité de travail évaluée entre 60 et 70% (C_____, P_____ et J_____), dans l'ancienne activité, sous réserve d'adaptations en raison des limitations fonctionnelles. Trois autres considèrent que la situation est bien moins bonne et que la capacité s'étend de 5 à 50%, au mieux (G_____, B_____ et N_____).

Il ressort du dossier que la situation se péjore avec le temps, les signes dégénératifs étant présents depuis la fin des années 1990 en tous cas.

Les rapports des différents médecins expriment des argumentations qui apparaissent tout à fait soutenables et qui ne permettent pas à un non spécialiste de conclure de manière déterminée et suffisamment précise ce qu'il en est réellement de l'incapacité de travail de la recourante sur le plan rhumatologique.

c. Sur le plan psychiatrique, les conclusions des différents médecins sont contradictoires sur le plan des diagnostics, mais également sur le plan de leurs conclusions quant à la capacité de travail.

Les Dr K_____ et E_____ considèrent que cette capacité est de 80% au moins.

Quant au Dr O_____, il la considère nulle.

Bien que le Dr O_____ soit intervenu sur demande de la recourante, il fait état, sur la base du dossier médical et des informations obtenues notamment du Dr D_____, de faits dont nul autre médecin, spécialiste sur le plan psychiatrique, _____ notamment le Dr K_____, n'a tenu compte, en particulier des nombreux épisodes dépressifs, pour lesquels la recourante aurait été soignée, voire même hospitalisée.

d. Le Dr K_____, après avoir passé en revue les critères relatifs au point de vue psychiatrique posé par la jurisprudence en matière de fibromyalgie, rejette ce diagnostic qui a été posé par le Dr J_____.

Le Dr O_____ fait état d'un trouble douloureux et d'un trouble dépressif récurrent, cumulé à l'atteinte physique chronique sous forme d'un syndrome cervicobrachial. Il confirme donc le diagnostic du rhumatologue précité.

Cependant, aucun des médecins ne s'est prononcé sur la question de savoir si un effort de volonté pourrait être exigé de la recourante et aucune indication n'a été donnée sur les réponses à apporter aux questions qui se posent en vertu de la jurisprudence sus-rappelée, afin de déterminer si la fibromyalgie dont serait atteinte la recourante, doit être considérée ou non comme invalidante.

e. Force est de constater qu'en l'espèce, la Cour de céans ne dispose pas de tous les éléments pour pouvoir statuer.

Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction nécessaire et adéquate pour établir de manière objective si l'assurée présente réellement un syndrome fibromyalgique et un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le

marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part.

En l'espèce, l'OAI a repris de lui-même l'instruction du dossier, en 2007, suite au premier recours déposé par la recourante.

On ne saurait lui reprocher un manque d'investigations.

Toutefois, comme on l'a vu ci-dessus, les conclusions médicales ne sont pas suffisamment convaincantes pour que la Cour de céans puisse se prononcer.

Elle ordonnera donc une expertise bi-disciplinaire qu'elle confiera au Dr Q_____, rhumatologue, et au Dr R_____, psychiatre.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise médicale bi-disciplinaire, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame L_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
2. En confie le volet somatique au Dr Q_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, à Cognac et le volet psychiatrique au Dr R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

Du point de vue rhumatologique :

- a) Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b) Si nécessaire, prendre tout renseignement auprès des médecins ayant traité l'assurée.
- c) Examiner l'assurée.
- d) Si nécessaire, ordonner d'autres examens (par exemple radiologique).
- e) Etablir un rapport détaillé répondant aux questions suivantes :
 - Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? (anamnèse professionnelle et sociale – évolution de la maladie et résultat des thérapies)
 - Quelles sont les plaintes de l'assurée ;
 - Quel est le status clinique et comment a-t-il évolué depuis 2000 ? l'état de santé de l'assurée s'est-il aggravé ou amélioré ? Depuis quand ?
 - Quels sont les diagnostics (si possible selon classification internationale) ?
 - Confirmez-vous en particulier celui de fibromyalgie posé par le Dr J_____ ? Sinon, pourquoi ?
 - A quand les différentes atteintes remontent-elles ?
 - Lesquels des diagnostics ont une répercussion sur la capacité de travail ?

- Le canal rachidien étroit et les protrusions, conséquences apparemment liées aux troubles dégénératifs diagnostiqués, ont-ils un impact particulier sur les douleurs dont se plaint l'assurée ?
- Comment expliquer, à votre avis, les divergences apparues entre les diagnostics retenus par les différents médecins, particulièrement entre les Drs G_____, B_____ et N_____, d'une part, et les Drs C_____, H_____, et J_____ d'autre part?
- Les atteintes à la santé sont-elles objectivables ?
- Existe-t-il chez l'assurée des affections corporelles chroniques ?
- Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
- Quelles sont les limitations fonctionnelles (qualitative et quantitative) entraînées par les troubles constatés ?
- Comment agissent les troubles sur l'activité exercée précédemment ? Celle-ci est-elle encore exigible ?
- Si oui, dans quelle mesure (nombre d'heures par jour) ?
- Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, de quelle ampleur ? (tenir compte de la diminution de rendement séparément au taux d'activité exigible)
- Comment la capacité de travail a-t-elle évolué dans le temps et en particulier, depuis 2000 ?
- Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé précédemment ? Si oui, par quelles mesures (mesures médicales, moyen auxiliaire, adaptation du poste de travail) et quelle serait leur influence sur le taux de capacité de travail ?
- Malgré les plaintes alléguées et compte tenu de la constitution physique de l'assurée et de vos diagnostics, celle-ci pourrait-elle exercer une autre activité lucrative d'un point de vue somatique ? Si oui, laquelle/lesquelles ? A quel taux (nombre d'heures par jour) ? Y aura-t-il diminution de rendement ?
- A quels critères médicaux le lieu de travail devrait-il satisfaire et de quoi faudrait-il tenir compte ?
- Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?
- Tous les traitements ont-ils été tentés (traitements médicamenteux, physiothérapie, exercices physiques conseillés, etc.) ? Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur l'incapacité de travail de l'intéressée.

- La compliance est-elle bonne ?
- Y a-t-il eu échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art ?
- Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique en date du 16 novembre 2009 (date de la décision litigieuse) ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- Appréciations du cas et pronostics.
- Toutes autres observations ou suggestions utiles.

Du point de vue psychiatrique :

- a) Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b) Si nécessaire, prendre tout renseignement auprès des médecins ayant traité l'assurée.
- c) Examiner l'assurée.
- d) Si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- e) Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
 - Quelle est l'anamnèse détaillée du cas (anamnèse professionnelle et sociales – évolution – résultat des thérapies) ?
 - Quelles sont les plaintes de l'assurée ?
 - Quelles sont vos constatations objectives ?
 - Quel est le status clinique et comment a-t-il évolué depuis 2000 (l'état de santé de l'assurée s'est-il aggravé ou amélioré) ? Depuis quand ?
 - Concluez-vous à l'existence de troubles psychiques ? Ces troubles ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? En particulier, peut-on à votre avis poser le diagnostic de troubles somatoformes douloureux ?
 - Quel est leur degré de gravité (faible, moyen, grave) ?
 - A quand remontent-ils ? Comment ont-ils évolué dans le temps et particulièrement depuis 2000 ? L'état de santé de l'assurée s'est-t-il aggravé ou amélioré ? Depuis quand ?
 - Confirmez-vous en particulier le diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr J_____ et confirmé par le Dr O_____ ? Sinon, pourquoi ?

- Lesquels de vos diagnostics ont une répercussion sur la capacité de travail ?
- Comment agissent les troubles sur l'activité exercée précédemment ?
- Celle-ci est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (nombre d'heures par jour) ? Faudrait-il compter avec une diminution de rendement (tenir compte du rendement séparément au taux d'activité exigible) ? Si oui, de quelle ampleur ?
- Comment la capacité de travail a-t-elle évolué dans le temps ?
- Malgré les plaintes alléguées compte tenu de vos diagnostics, l'assurée pourrait-elle exercer une autre activité lucrative ?
- Si oui, laquelle/lesquelles ? A quels critères médicaux le lieu de travail devrait-il satisfaire et de quoi faudrait-il tenir compte ?
- A quel taux (nombre d'heures par jour) cette activité adaptée pourrait-elle être exercée ? Y aurait-il diminution de rendement ? De quelle ampleur ?
- Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables (possibilité de s'habituer à un rythme de travail, aptitude à s'intégrer dans le tissu social, mobilisation des ressources existantes) ? Si non, pour quelles raisons ?
- Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?
- Tous les traitements ont-ils été tentés ? Si non, lesquels pourraient à votre avis avoir une influence positive sur la capacité de travail de l'intéressée ?
- La compliance est-elle bonne ?
- Y a-t-il eu échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art ?
- L'assurée subit-elle une perte d'intégration sociale due aux affections diagnostiquées et, le cas échéant, quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration par rapport à la période antérieure à l'apparition des troubles psychiques et celles sans perte d'intégration) ?
- Existe-t-il chez l'assurée un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
- Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ? En d'autres termes, dispose-t-elle selon vous – et si oui, dans quelle mesure – des

ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?

- Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique en date du 16 novembre 2009 (date de la décision litigieuse) ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- Appréciation du cas et pronostic.
- Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

Appréciation conjointe des deux experts :

- Invite les experts à comparer leurs constatations, à se livrer à une appréciation consensuelle du cas, puis à répondre aux questions suivantes :
 - Compte tenu de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, quelles sont les limitations fonctionnelles de l'assurée ?
 - Compte tenu des aspects à la fois somatiques et psychiatriques, dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter son état de santé et réintégrer le monde du travail ? En d'autres termes, l'assurée dispose-t-elle – et si oui, dans quelles mesures – des ressources lui permettant d'exercer une activité lucrative ? Cas échéant, quelle activité, à quel taux et à partir de quelle date ?
 - Y a-t-il une diminution de rendement dont il faille tenir compte (à considérer séparément du taux exigible d'activité retenue) ?
 - Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Cas échéant, l'assurée aurait-elle la motivation nécessaire ?
 - Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
4. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés.
 5. Invite les experts à rendre leur expertise en trois exemplaires à la Cour de céans à leur plus proche convenance.
 6. Réserve le fond.

La greffière

La présidente suppléante

Isabelle CASTILLO

Laurence CRUCHON

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le