

## **GE\_GERICHTE ATAS/1207/2011 vom 7. Dezember 2011**

GE Cour de justice, 2011-12-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1207\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1207_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1207/2011 du 7 décembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1207/2011 del 7 dicembre 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

A/4674/2009 - 16/35 - 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 63<sup>ème</sup> 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 63<sup>ème</sup> 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.

A/4674/2009 - 17/35 - 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 %.

### **E. 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.

A/4674/2009 - 18/35 - 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 Siprolex 10 m/g par jour avait été instauré. Les symptômes dépressifs avaient persisté et le traitement avait été

A/4674/2009 - 19/35 - modifié en faveur de la Fluoxétine 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 Fluoxétine 20 m/g par jour jusqu'en novembre 2008. En mars 2009, un nouvel état dépressif avait nécessité la reprise du traitement de Fluoxétine 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'améliorait progressivement, la patiente avait décidé d'arrêter son traitement antidépresseur de Fluoxétine 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 Certraline 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 recourante 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.

A/4674/2009 - 20/35 - 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.

### **E. 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.

### **E. 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.

#### **E. 34**

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

#### **E. 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.

#### **E. 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

A/4674/2009 - 21/35 - 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

A/4674/2009 - 22/35 - 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.

### **E. 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.

### **E. 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.

A/4674/2009 - 23/35 - 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.

### **E. 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.

### **E. 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.

A/4674/2009 - 24/35 - 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

A/4674/2009 - 25/35 - types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter 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 concret 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

A/4674/2009 - 26/35 - 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).

A/4674/2009 - 27/35 - 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\_\_\_\_\_).

A/4674/2009 - 28/35 - 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

A/4674/2009 - 29/35 - 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.

A/4674/2009 - 30/35 - 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 Cologny 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 ?

A/4674/2009 - 31/35 - - 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.

A/4674/2009 - 32/35 - - 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 ?

A/4674/2009 - 33/35 - - 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

A/4674/2009 - 34/35 - 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

A/4674/2009 - 35/35 -

Isabelle CASTILLO

Laurence CRUCHON

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.