

## **GE\_GERICHTE A/4084/2007 vom 17. Februar 2009**

GE Cour de justice, 2009-02-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4084\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4084_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/4084/2007 du 17 février 2009

IT: GE\_GERICHTE A/4084/2007 del 17 febbraio 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.02.2009  
A/4084/2007

A/4084/2007 ATAS/189/2009 du 17.02.2009 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4084/2007 ATAS/189/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 1 du 17 février 2009 En la cause Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame B \_\_\_\_\_, suisse née en 1948, a travaillé en qualité d'infirmière jusqu'au 5 octobre 1985, date à laquelle elle a subi un accident de la circulation. Suite à cet accident ont notamment été posés les diagnostics de dysfonction de la charnière occipito-cervicale, de cervicalgies post-traumatiques, de polyinsertionite et de syndrome vertébral cervical. La capacité de travail de l'assurée a été nulle durant la fin de l'année 1985 suite à quoi elle a essayé de reprendre son activité d'infirmière à 50%, toutefois, cette reprise s'est soldée par un échec. Le 3 novembre 1986, elle a déposé une demande de prestations de l'Assurance-invalidité visant à l'octroi d'une mesure de rééducation dans la même profession. Sur demande de l'assureur-accident, a été rendu un rapport d'expertise en date du 11 novembre 1986 par le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et orthopédie, duquel il ressort que l'assurée souffrait d'une « distorsion cervicale affectant probablement la charnière atlanto-occipitale, du côté droit, accompagnée d'un syndrome cervical gauche débordant à l'occasion sur une polyinsertionite à localisations multiples, scapulaires, dorsales, lombaires ». Selon l'expert, l'incapacité de travail de l'assurée était entière, et ce, jusqu'à ce qu'il puisse lui être proposé une activité dans le cadre de ses compétences, sans transports automobiles de longue durée, ni horaires irréguliers ou efforts physiques particuliers. Il a évalué l'atteinte durable à la capacité de gain à 25-30% et l'atteinte à l'intégrité à 15%. Une nouvelle expertise a été effectuée par le médecin précité au mois d'août 1987. Celui-ci a indiqué que la distorsion cervicale était guérie, que la polyinsertionite s'était localisée à la seule épaule gauche et qu'une capsulite rétractile discrète existait peut-être. Il a fixé une incapacité de travail de 33 1/3% environ dans la profession d'infirmière précédemment exercée, en tenant compte des troubles somatiques et psychogènes. Le 12 avril 1988, une rente entière a été accordée à l'assurée de manière indéterminée. Par rapport d'expertise du 7 mars 1989 sollicité par l'assureur-accident, les Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de traumatisme de la région cervicale, de fibromyalgie (sekundären Kettentendinosen), de cervicobrachialgies, de symptômes végétatifs ainsi que de névrose avec symptômes de conversion et de rectitude lombaire avec torsion de la colonne lombaire vers la droite. Par communications des 8 mai 1990 et 14 juin 1993, la Commission AI a maintenu la rente

entière d'invalidité octroyée à l'assurée, et ce, suite aux rapports médicaux du Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, qui avait notamment diagnostiqué un status après traumatisme de la colonne cervicale, une polyinsertionite, une obésité ou encore des troubles névrotiques et qui avait considéré l'assurée comme étant en totale incapacité de travail. En date du 1<sup>er</sup> mars 1996, l'assurée a débuté une activité à 50% en qualité d'infirmière auprès de la FONDATION « LA VESPERALE ». Par décision du 18 mars 1997, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) a, par conséquent, réduit sa rente entière de moitié à partir du 1<sup>er</sup> août 1996. Par courrier du 15 juin 1998, l'assurée a sollicité que sa demi-rente soit augmentée en rente entière, attendu qu'elle souffrait d'une fibromyalgie et qu'elle était, depuis le 13 avril 1998, dans l'impossibilité tant physiquement que psychologiquement de travailler à 50%. Dans un rapport du 20 novembre 1998, la Dresse P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a notamment posé les diagnostics de fibromyalgie depuis juin 1988, d'état dépressif sévère, de status post-discotomie L4-L5 avec sciatalgies persistantes ainsi que de status asthmatique. La capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 13 avril 1998 pour une durée indéterminée. Le 12 janvier 1999, la Dresse Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, a retenu des polyarthralgies non inflammatoires secondaires à une fibromyalgie, des lombalgies chroniques avec sciatalgies droites, un status post-dissectomie L4-L5, des cervicalgies chroniques secondaires à l'accident d'octobre 1985, des gonalgies droites intermittentes secondaires à une lésion du ménisque externe et un état dépressif traité. Elle a indiqué qu'elle avait vu l'assurée pour la dernière fois en juillet 1998 et qu'elle était alors en totale incapacité de travail. Par rapport du 31 mars 1999 de la Dresse R \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics de fibromyalgie, d'asthme, d'obésité, de diverticulose sigmoïde, d'insuffisance veineuse périphérique, et d'état dépressif fluctuant. L'incapacité de travail était totale. A nouveau interrogée par l'OCAI, la Dresse R \_\_\_\_\_ a précisé, le 20 mai 2002, que l'état de santé de l'assurée s'était globalement amélioré en ce qui concerne son état thymique, l'humeur étant plus stable, dynamique et moins dépressive. Les diagnostics de fibromyalgie et d'atteinte dégénérative algique du rachis lombosacré avaient une influence sur sa capacité de travail. Les diagnostics d'obésité, de sinusites à répétition avec une composante asthmatique et de diverticulose sigmoïde étaient également posés. Par ailleurs, l'assurée était traitée pour une atteinte ligamentaire du genou gauche avec arrachement. Elle souhaitait reprendre une activité à 50% en tant qu'infirmière, activité qui n'impliquait aucun effort. Le médecin a conclu que l'assurée ne pouvait pas encore entreprendre ce projet, mais que sa capacité de travail devait être réévaluée dans six mois à une année, soit après que le problème ostéoarticulaire (atteinte ligamentaire) se soit réglé et que l'assurée ait perdu du poids de manière significative. Par décision du 23 août 2002, l'OCAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1998. Par courrier du 12 avril 2005 et sur demande expresse de la Clinique de Joli-Mont, l'OCAI a donné son accord à l'engagement de l'assurée à 50% en tant qu'aide soignante du 14 avril 2005 au 30 juin 2005. Dans le cadre de la révision de son dossier en avril 2005, l'assurée a souligné qu'elle souhaitait travailler afin que son état de santé psychique puisse s'améliorer malgré les douleurs physiques qu'elle ressentait. Dans un rapport du 9 mai 2005, le Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics de névralgie d'Arnold, de contusion cervicale avec luxation L4-L5, d'hernie discale L5-S1, de réduction du champ visuel ainsi que de polyinsertionite. Les autres diagnostics étaient une arthroscopie du

genou droit en avril 2002, une obésité morbide de degré 3 par by-pass gastrique, une tuberculose guérie, un état dépressif majeur et de l'asthme. L'état de santé était stationnaire et la capacité de travail était nulle, selon lui, de mai 1998 au 13 avril 2005 et de 50% dès le 14 avril 2005, mais ce à titre provisoire. Il a indiqué que l'assurée devait travailler afin que son état de santé psychique puisse s'améliorer et que la diminution de rendement se justifiait en raison de ses douleurs. Par rapport du 30 mai 2005, un médecin du Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a relevé suivre l'assurée depuis environ deux ans suite à l'opération de by-pass gastrique. Il n'existait pas de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, toutefois, l'assurée souffrait notamment d'un état dépressif persistant en rémission. Le médecin a noté la présence d'un conflit conjugal et de variations thymiques, d'un excès pondéral constituant vraisemblablement un élément du syndrome douloureux, de troubles du sommeil et de séquelles douloureuses de ses divers traumatismes physiques. L'état psychique de l'assurée pouvait influencer la recrudescence de ses douleurs, mais ce sont essentiellement les affections physiques qui entraînaient une incapacité de travail chez l'assurée. La reprise d'une activité professionnelle pouvait avoir un effet équilibrant sur l'état psychique de l'assurée, mais était susceptible de se solder par un échec à long terme. Par courrier du 17 juin 2005, la Clinique de Joli-Mont a informé l'OCAI de ce que le contrat d'auxiliaire de l'assurée à 50% était prolongé jusqu'au 31 août 2005. Par avis du 21 juin 2005, le Dr T\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR) a remarqué que si l'assurée pouvait travailler pendant trois mois en tant qu'aide-soignante, elle pouvait aussi exercer une activité à 50% en qualité d'infirmière durant toute l'année. Sur demande de l'OCAI du 21 juin 2005, le Dr S\_\_\_\_\_ a indiqué que les problèmes du genou gauche ainsi que les apnées du sommeil persistaient et que l'atteinte du champ visuel était stationnaire. Par courrier du 23 juin 2005, la Clinique de Joli-Mont a transmis à l'OCAI les plannings horaires des mois d'avril à juin 2005 et l'a informé de ce que la prolongation du contrat de l'assurée avait été annulée, celle-ci ne pouvant pas travailler durant le mois d'août 2005, car elle devait subir une intervention chirurgicale. Au mois d'avril 2005, l'assurée a travaillé treize jours, dont huit heures par jour durant onze jours (93.45 heures). Durant le mois de mai 2005, l'assurée a effectué sept nuits complètes (92.03 heures) et au mois de juin 2005, cinq nuits (65.45 heures). Par courrier du 2 novembre 2005, l'assurée a informé l'OCAI de ce qu'elle était gênée quotidiennement par l'atteinte de son champ visuel, que cet état de fait lui provoquait souvent des chutes, mais que cela ne l'empêchait pas de travailler dans sa profession d'infirmière. Par décision du 12 décembre 2005, l'OCAI a remplacé la rente entière d'invalidité de l'assurée par une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> février 2006. Par courrier du 20 décembre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision, estimant que son degré d'invalidité était resté supérieur à 75%. Suite au délai imparti par l'OCAI pour motiver son opposition, l'assurée a, par courrier du 24 janvier 2006, indiqué qu'elle contestait la décision de l'OCAI au motif principal que son état de santé ne s'était pas amélioré. De plus, outre la fibromyalgie, elle souffrait notamment de pertes de mémoire (perte d'objets, problèmes de langage), de déficience de l'équilibre avec chutes, de réduction importante du champ visuel, d'épanchement de synovie, d'une hernie discale avec sciatalgies chroniques, de manque de concentration en raison de ses troubles du sommeil ainsi que d'un état dépressif. De plus, elle devait subir une chirurgie réparatrice et reconstructive suite à l'intervention chirurgicale avec éventration. L'assurée considérait ainsi ne plus du tout être en mesure de travailler. A titre subsidiaire, elle a remarqué qu'elle ne pouvait entreprendre d'activité lucrative sans avoir été mise au bénéfice de mesures

professionnelles, attendu qu'elle avait perdu son droit de pratiquer en tant qu'infirmière. Par courrier du 31 janvier 2006, elle a encore complété son opposition, en réitérant le fait qu'en l'absence d'amélioration significative de son état de santé, les critères tendant à la révision de sa rente d'invalidité n'étaient pas remplis et que la décision du 12 décembre 2005 devait être annulée. Par communication du 28 février 2006, l'OCAI a décidé de procéder à une expertise médicale à Lausanne. Suite aux courriers du 17 et 30 mars 2006 de l'assurée, l'OCAI a, par décision incidente du 4 avril 2006, confié le mandat d'expertise au CEM-PMU (Centre d'expertises médicales - Polyclinique médicale universitaire) et lui a, en application de l'art. 44 LPGGA, refusé la possibilité de s'exprimer sur le libellé des questions posées à l'expert et de proposer des modifications. En date du 31 août 2006 a été rendu le rapport d'expertise. L'assurée a notamment été examinée par la Dresse U\_\_\_\_\_, psychiatre, le 4 mai 2006 et par le Dr D. V\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, le 10 mai 2006. Les conclusions ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire par les Dr U\_\_\_\_\_, W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Suite à l'énoncé des motifs qui ont conduit à l'expertise et à un rappel du contenu des pièces du dossier, les médecins ont établi une anamnèse familiale, personnelle, médicale, psychosociale et professionnelle. Il en ressort notamment que l'assurée se lève entre 7h30 et 8h00, se consacre à ses activités ménagères, puis l'après-midi, reçoit des visites ou va chez le physiothérapeute ou le médecin. De retour à domicile vers 18h00, elle prépare le repas, le courrier, et sort faire des promenades d'une heure au maximum, desquelles elle doit parfois rentrer au moyen d'un taxi. Après avoir regardé la télévision, elle se couche entre 22h00 et 23h00 et se réveille entre 1h00 et 2h00, reste réveillée une voire deux heures et parfois se recouche entre 4h00 et 5h00. L'assurée est entourée par son mari, ses deux filles, ses parents et des amis de longue date qu'elle voit régulièrement. Par ailleurs, elle a indiqué avoir arrêté de travailler à la Clinique de Joli-Mont en juin 2005 en raison de douleurs rachidiennes diffuses avec blocage musculaire douloureux. Elle a alors, en date du 12 juillet 2005, été opérée à deux reprises pour éventration post opératoire de by-pass gastrique, associée à une abdominoplastie compliquée d'une hémorragie massive et a dû bénéficier de soins infirmiers à domicile et d'aides à domicile jusqu'au mois de septembre 2005. L'assurée a également relevé avoir obtenu un diplôme d'acupuncture chinoise délivré en 1987, métier qu'elle a exercé par brèves périodes. Les médecins ont également décrit les plaintes de l'assurée, qui étaient nombreuses, notamment relatives à des lombalgies et cervicalgies, une obésité morbide, des troubles dépressifs ou encore des pertes d'équilibre avec chutes. Quant aux constatations objectives, les experts ont noté que son discours était sans contradictions avec une tendance à la digression. De plus, l'assurée a démontré un important inconfort durant tout l'entretien avec de fréquents changements de positions et une partie de l'entretien a été faite en décubitus (position couchée). Quant à la station debout, elle était stable et il existait une discrète instabilité à la marche. Sur le plan psychiatrique, la Dresse U\_\_\_\_\_ et le Dr C\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, en rémission partielle (F33.2), ces deux diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de l'assurée. Les médecins ont notamment indiqué que le deuxième épisode dépressif sévère, qui témoignait de la diminution indéniable de ses capacités adaptatives, était en rémission partielle, avec notamment une disparition de l'idéation suicidaire et une amélioration au niveau de la thymie. Il s'agissait, selon eux, d'une situation cristallisée du point de vue psychiatrique, attendu que l'assurée présentait un

trouble somatoforme douloureux, trouble qui ne s'était pas modifié depuis son apparition en 1985 malgré les nombreux traitements tentés, ce à quoi se rajoutait une problématique thymique caractérisée par deux épisodes dépressifs sévères limités dans le temps. Ils considéraient ainsi cette pathologie thymique comme une pathologie à part entière bien distincte du trouble somatoforme douloureux, dont elle constituait une comorbidité. Sur le plan psychique uniquement, les experts ont considéré que l'assurée avait besoin d'un cadre adapté, dans lequel elle se sente à l'aise, en rapport avec sa formation d'infirmière ou dans le domaine de la santé avec possibilité d'adapter ses horaires en fonction de ses limitations physiques et d'exercer une activité revalorisante. Par ailleurs, d'un point de vue rhumatologique, l'assurée souffrait d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus avec cervico-lombalgies chroniques et spondylarthrose C5-C6, C6-C7, L4-L5 et L5-S1. Les limitations étaient, selon le Dr V \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, essentiellement algiques, et non explicables selon un modèle biomédical uniquement. En tenant compte des troubles dégénératifs, les limitations fonctionnelles fixées étaient les travaux nécessitant des mouvements en flexion antérieure ou nécessitant un maintien en position antérieure du tronc, les travaux nécessitant le port de charges supérieures à 10 kg, la marche à la descente, les travaux accroupis ou encore les travaux à la chaîne. En tant qu'aide infirmière, la capacité de travail était, selon le médecin, entière dans le cadre de travaux légers. L'assurée ne devait pas maintenir des positions statiques assises et/ou debout prolongées de manière continue en particulier les positions assises de plus d'une heure sans possibilité de pouvoir varier brièvement la position et ne devait plus s'occuper de patients grabataires ou nécessitant de l'aide pour se déplacer. Suite au colloque multidisciplinaire, les experts ont, outre les diagnostics posés par les psychiatres, retenu ceux de cervico-lombo-sciatalgies droites et cures de hernie discale L4-L5 (M54.80) et d'éventration de la ligne médiane avec abdominoplastie sur cicatrice de by-pass gastrique. Quant aux diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, il s'agissait d'une obésité de classe 1 (E66), d'une insuffisance thyroïdienne substituée (E03.9), d'asthme (J45), d'allergie aux pollens (J30.1) et de chondropathie rotulienne droite (M22). Les experts ont considéré que l'activité d'aide infirmière était physiquement lourde et que les soins que l'assurée avait donnés à des personnes grabataires ou fortement dépendantes étaient probablement à l'origine de la récurrence des lombalgies et de l'éventration sur la cicatrice de l'opération abdominale (by-pass gastrique). De plus, ses antécédents de lombo-sciatalgies droites et la cure de hernie discale L4-L5 constituaient également, selon les médecins, un terrain fragilisant et risquaient de provoquer chez l'assurée de nouveaux troubles douloureux dans la région lombaire. Les experts ont conclu que d'un point de vue strictement rhumatologique, une activité d'aide-infirmière était envisageable à 80% et qu'une activité à 100% pouvait être envisagée dans un travail adapté avec éviction du port de charges. Cependant, la fragilité de l'assurée d'un point de vue psychiatrique avec l'apparition d'un syndrome douloureux somatoforme douloureux ont conduit les médecins à diminuer la capacité de travail exigible, et ce même dans une activité adaptée. Ils ont ainsi considéré que l'assurée avait une capacité de travail réduite à 60% dans un poste mieux adapté que celui d'aide-infirmière, emploi a priori plus lourd que celui d'infirmière, de sorte qu'il leur semblait adéquat de proposer une formation complémentaire afin qu'elle puisse réacquiescer son diplôme d'infirmière, diplôme devant lui permettre de trouver une activité adaptée, par exemple en tant qu'infirmière scolaire, infirmière de recherche ou éventuellement en tant qu'assistante médicale. Par avis du 7 novembre 2006, le Dr T \_\_\_\_\_ a relevé que le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant, de sorte

que la capacité de travail devait être fixée à 70% au moins. L'activité d'aide-soignante étant trop pénible, celle d'infirmière conviendrait mieux et celle d'assistante médicale pouvait également être envisagée. En avril 2007, l'assurée a commis un nouveau tentamen médicamenteux. Par rapport du 4 mai 2007, le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a, suite à l'entrevue avec l'assurée en janvier 2007, indiqué qu'elle était convaincue de ne pas pouvoir et de ne pas vouloir reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, au vu notamment de ses diverses atteintes à la santé et de son dernier échec de reprise d'activité professionnelle, à la suite duquel elle a dû subir une opération qui a eu pour conséquence une impossibilité de se déplacer pendant plusieurs mois ainsi qu'une dépression. Le service a soutenu que l'assurée avait une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle d'infirmière et qu'elle pouvait notamment travailler tant en milieu public que privé comme par exemple dans les soins à domicile, les cliniques, dans une consultation pour enfants ou adolescents, dans un centre de soins ambulatoires ou résidentiels ou encore dans un centre de soins socio-éducatifs ou dans un cabinet médical, toutefois, un poste en milieu psychiatrique n'était pas indiqué en raison de son atteinte psychique. Cette atteinte n'était, selon le service, pas un frein à l'exercice du métier d'infirmière, ce métier prenant en considération ses limitations fonctionnelles. L'activité d'assistante médicale n'était, quant à elle, pas préconisée dans la mesure où la formation pour y parvenir était plus longue que celle tendant à la récupération du droit de pratique d'infirmière et que le salaire était beaucoup moins élevé que celui d'infirmière. Le service ne pouvait toutefois pas envisager que l'assurée entreprenne les cours pour récupérer son droit de pratique en tant qu'infirmière, attendu qu'elle ne souhaitait pas participer activement à cette mesure. Pour ce qui était de son degré d'invalidité, il se confondait avec celui de son taux d'activité, dans la mesure où sa capacité de travail était de 60% dans l'activité précédemment exercée d'infirmière. Par courrier du 11 juillet 2007, l'OCAI a retenu que l'état de santé de l'assurée avait évolué de manière favorable et que sa capacité de travail était de 60% dans l'activité précédemment exercée d'infirmière. Il l'a ainsi informée que seul un quart de rente pouvait lui être accordé, de sorte qu'une reformatio in pejus était envisagée, mais que son opposition pouvait être retirée jusqu'au 15 août 2007. Sans réponse de l'assurée, l'OCAI a, par décision sur opposition du 26 septembre 2007, confirmé ses conclusions ainsi que la motivation de son courrier du 11 juillet 2007 et diminué la rente entière de l'assurée à un quart de rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. L'assurée a été hospitalisée à la Clinique de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) du 23 octobre au 1<sup>er</sup> novembre 2007. Par acte du 29 octobre 2007, l'assurée a interjeté recours à l'encontre de la décision 26 septembre 2007, concluant à titre principal à ce qu'une rente entière lui soit versée. Elle a contesté que son état de santé se soit amélioré et soutenu qu'il s'était, au contraire, péjoré. Elle produit notamment dans le cadre de son recours un courrier du 22 octobre 2007 du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, lequel indique que l'assurée souffre de troubles de l'équilibre avec chutes fréquentes, de sorte qu'il retient le diagnostic d'insuffisance vertébro-basilaire, qui n'a cependant pas été objectivé lors du dernier examen échographique. De plus, il note également la présence d'un syndrome d'apnées du sommeil objectivé ainsi que des troubles neuropsychologiques, soit notamment des troubles de mémoire légers et des troubles de l'attention. Ce médecin souhaite que l'assurée soit hospitalisée pour que le diagnostic étiologique puisse être précisé. Par courrier du 30 novembre 2007, la Dresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et rééducation, a indiqué que l'assurée souffrait de cervicalgies et de lombalgies chroniques

non déficitaires dans un contexte de troubles dégénératifs étagés et, sur le plan psychique, de dépression majeure, sous traitement, de troubles somatoformes douloureux et de troubles de l'équilibre avec chutes, dans un contexte de possibles séquelles d'une atteinte vestibulaire périphérique ancienne. Par ailleurs, elle a précisé que la dernière tentative de travail en 2005 avait été un échec et qu'elle avait eu pour conséquence une cure d'éventration abdominale et un nouvel épisode de décompensation sur le plan psychiatrique, de sorte qu'elle considérait qu'il n'était pas exigible de l'assurée qu'elle reprenne réellement son travail depuis le mois d'avril 2005. Contrairement à ce que l'expertise médicale indiquait, l'assurée, n'avait, selon le médecin, nullement exercé une activité en tant que veilleuse à 50%, mais à un pourcentage moindre. De plus, l'assurée présentait de nombreuses allergies à des produits de nettoyage médicaux, circonstances que les experts auraient dû prendre en considération dans le cadre de l'éventuelle reprise d'une activité en milieu hospitalier. Quant aux limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise, elles excluaient, selon la Dresse E \_\_\_\_\_, de manière totale l'activité d'aide infirmière ainsi que 70% des activités d'une infirmière. Elle a relevé que l'activité d'infirmière se prêtait mal à une adaptation ergonomique comme préconisé dans l'expertise. Cette adaptation ne serait possible que dans un poste à responsabilité comportant essentiellement du travail administratif. Or, l'assurée n'était pas capable d'assumer un tel poste. Il ressort enfin de l'avis médical que l'assurée rencontrait des difficultés conjugales et qu'elle ne recevait pas d'aide de son mari dans le cadre des tâches ménagères. Par écriture complémentaire du 20 décembre 2007, l'assurée a reconnu que son deuxième épisode dépressif majeur à la fin de l'année 2005 s'était certes amélioré, mais souligné que son état de santé psychique était identique à celui existant en 2002, de sorte qu'il n'y avait pas eu d'amélioration depuis la décision du 23 août 2002. Au contraire, il s'était aggravé. A titre subsidiaire, elle a soutenu qu'elle ne pouvait en tout état de cause pas reprendre son activité d'infirmière ayant perdu son droit de pratique et devant, pour le récupérer, suivre un cours de formation de six mois et effectuer des stages en milieu hospitalier. De plus, selon l'assurée, s'il existait une capacité de gain résiduelle, l'OCAI aurait dû indiquer quelle activité serait exigible compte tenu de son handicap et procéder à la comparaison des revenus, dans le cadre de laquelle son âge ainsi que son éloignement de la profession depuis plusieurs années devaient être pris en considération. Elle a ainsi considéré qu'il y avait lieu de procéder à une réduction de 25% de son gain d'invalidité. Par rapport du 28 janvier 2008, le Dr T \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que les événements postérieurs au rapport d'expertise de mai 2006 ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de ce rapport. En effet, certains troubles, comme celui relatif à la cure d'éventration, étaient transitoires. Cependant, il a relevé que d'autres troubles, comme celui relatif à l'équilibre, étaient nouveaux et qu'il y avait lieu de prendre connaissance du rapport de la dernière hospitalisation pour déterminer si ces troubles pouvaient avoir une influence sur la capacité de travail. Par réponse du 5 février 2008, l'OCAI a sollicité la production dudit rapport d'hospitalisation, afin d'être en mesure de se prononcer définitivement sur l'état de santé de l'assurée. A défaut, il n'y avait pas lieu de s'écarter du rapport d'expertise qui avait pleine valeur probante. Par courrier du 4 avril 2008, l'assurée a persisté dans ses conclusions et produit le rapport du 20 novembre 2007 de la Clinique de neurologie des HUG, dans laquelle elle avait été hospitalisée en octobre 2007. Les Dr F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de troubles de l'équilibre avec chutes, possible séquelle d'une atteinte vestibulaire périphérique ancienne, probable participation somatoforme, de cervicalgies et lombalgies chroniques non déficitaires sur troubles dégénératifs et dans le contexte d'un

syndrome whiplash en 1985 ainsi que de dépression majeure traitée (avec trois tentatives médicamenteuses, la dernière en avril 2007). Dans le cadre de l'anamnèse, les médecins ont indiqué que l'assurée s'était notamment plainte d'épisodes de chutes régulières depuis son accident de la route en 1985. En 2006, elle a présenté un épisode de vertiges majeurs qui l'ont obligée à rester alitée pendant un mois, vertiges associés à des nausées et des vomissements. Depuis lors, les vertiges étaient moins réguliers, mais les chutes persistaient avec une sensation de tomber en arrière. Les médecins ont, par ailleurs, décrit les résultats des examens effectués et exposé que les troubles de l'équilibre étaient variables et parfois non reproductibles à l'examen clinique en fonction de l'examineur. L'assurée présentait une marche très instable, mais sans chute, et montrait de très bons réflexes de rattrapage au funambule et à la position debout sur un pied. Selon les médecins, l'examen clinique ne démontrait pas de pathologie systématisée, ce qui était confirmé par l'imagerie cérébrale et de la moelle. Enfin, le traitement par patchs morphiniques, mis en place en raison de l'existence d'un important syndrome douloureux somatoforme douloureux accompagné de cervicalgies et de lombalgies chroniques, pouvait contribuer aux troubles de la marche et aux légers troubles cognitifs. Par avis du 6 mai 2008, le Dr T\_\_\_\_\_ du SMR a exposé que selon l'examen clinique des HUG, l'intensité des plaintes, soit les nombreuses chutes, ne pouvait être expliquée, de sorte qu'« une tendance à la majoration » ne pouvait être exclue et qu'il y avait lieu de prendre en considération les plaintes de l'assurée avec une attention particulière. Le médecin a estimé qu'il y avait lieu de tenir compte des vertiges occasionnels et d'admettre une baisse de rendement supplémentaire de l'ordre de 10 à 20% de la capacité résiduelle de travail de l'assurée de 50%, et ce depuis le mois d'août 2006, de sorte que sa capacité de travail pouvait dès lors être fixée entre 40 et 45%. Lors de leur consultation du 9 mai 2008, les médecins du Service d'accueil, d'urgences et de liaison psychiatriques des HUG ont diagnostiqué un trouble dépressif majeur récurrent (F33.1) et constaté l'existence d'une labilité émotionnelle, d'une tristesse, d'idée de mort passive, d'idée suicidaire, d'un trouble du sommeil important, de diminution de l'appétit, d'un sentiment de désespoir, de dévalorisation, de fatigue, mais non pas d'anhédonie ni de perte de poids. L'assurée avait des projets, soit divorcer et trouver un nouvel appartement. Par courrier du 19 mai 2008, les médecins du Service de Médecine Interne et de Réhabilitation de Beau-Séjour (HUG) ont attesté de l'hospitalisation de l'assurée du 6 au 16 mai 2008 dans le contexte d'une aggravation de son état dépressif (tentative médicamenteuse en avril 2007) et de douleurs généralisées non spécifiées, douleurs prédominantes au niveau du rachis (troubles dégénératifs) et du genou bilatéral (gonarthrose). Par courrier du 22 mai 2008, l'OCAI a, sur la base de l'avis du 6 mai 2008 du Dr T\_\_\_\_\_, conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier pour calcul du taux d'invalidité et nouvelle décision. Le 25 août 2008, l'assurée a persisté dans ses conclusions principales et demandé à titre subsidiaire qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre. Elle a soutenu que le rapport d'expertise du 31 août 2006 n'avait pas valeur probante, qu'il y avait lieu de suivre les avis de ses médecins traitants, unanimes à considérer qu'au vu de son état de santé physique et psychique, elle n'avait jamais recouvré une capacité même partielle de travail significative, de sorte que les conditions de la révision n'étaient pas réalisées. Elle produit à cet égard : -un rapport du 21 juillet 2008 du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui a indiqué n'avoir pas vu l'assurée depuis 2007 et l'avoir suivie pour des troubles post-traumatiques, soit notamment pour d'importants troubles de l'équilibre avec chutes fréquentes, une insécurité à la marche, une fatigue importante ainsi que des troubles neuropsychologiques avec mémoire déficiente et troubles de l'attention. Il a retenu les

mêmes diagnostics que les HUG en novembre 2007. Il a enfin précisé que l'ensemble des troubles dont souffrait l'assurée permettait de retenir probablement une incapacité de travail entière et a également supposé que tel avait également été le cas depuis août 2006, au vu de l'aggravation de son état de santé depuis 2005. -Un rapport du 25 juillet 2008, dans le cadre duquel la Dresse E\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, de douleurs généralisées non spécifiques et de troubles dépressifs récurrents. En août 2006, l'assurée était, selon le médecin, en incapacité totale de travailler en tant qu'infirmière et aide infirmière, cependant, une activité légère de substitution aurait pu être envisagée à 50%. En 2007, l'incapacité de travail était en revanche totale dans toutes les activités en raison de l'état dépressif et des douleurs lombaires dont l'intensité était de plus en plus importante. Le médecin a considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans la profession d'infirmière depuis des années, en raison de douleurs dorsales, de l'état dépressif récurrent et en raison du fait que cette profession était très exigeante tant d'un point de vue physique que psychique. De plus, une « activité de substitution » n'était pas non plus envisageable, les épisodes de rémission ne dépassant pas trois mois et les épisodes de vertige et les chutes devant également être pris en considération. -Un rapport du 31 juillet 2008 de la Dresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a relevé suivre l'assurée depuis mai 2008 pour un trouble dépressif récurrent et une dépendance avec abus de benzodiazépines (somnifères). Selon le médecin, l'évolution sur le plan thymique était très défavorable, l'assurée étant toujours déprimée, polyplaintive au niveau physique et les troubles du sommeil étant toujours importants. Une amplification des plaintes physiques en lien avec la dépression lui paraissait hautement vraisemblable, toutefois, l'état de santé psychique de l'assurée ne pouvait pas être dissociée de toutes les « comorbidités physiques associées ». Selon le médecin, la capacité de travail de l'assurée était nulle. -Un rapport du 8 août 2008 dans lequel le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics supplémentaires de troubles de l'équilibre multifactoriels à la fois post-traumatique et orthopédique, de contusion du poignet gauche et de syndrome des jambes sans repos. Il a remarqué que l'assurée présentait des « trous » de mémoire, perdant les objets facilement et se perdant facilement dans l'espace. L'assurée s'était également plainte d'un état hallucinatoire en mai 2008 pour lequel elle avait dû être hospitalisée, de chutes itératives et de « lâchage » de son genou droit. Dans ses avis des 10 septembre et 1<sup>er</sup> octobre 2008, le Dr T\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée signalée par les médecins traitants ne pouvait pas être prise en considération, qu'elle devait faire l'objet d'une nouvelle demande et a précisé que la baisse de rendement de l'assurée de 10 à 20% en raison des vertiges devait être calculée sur la base d'une capacité de travail de 70% et non de 50% comme indiqué par erreur dans sa note précédente du 6 mai 2008, de sorte que la capacité de travail de l'assurée était en réalité de 56 à 63% dès avril 2006, date de l'expertise COMAI. Par courrier du 3 octobre 2008 et se basant sur les avis précités du SMR, l'OCAI a conclu au rejet du recours de l'assurée. Il a considéré que dans le cas d'espèce, il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement, de sorte qu'il avait, dans sa décision sur opposition du 26 septembre 2007, retenu à tort une capacité de travail de 60% au lieu des 70% fixés par le SMR. Cependant, comme il y avait lieu de tenir compte des vertiges dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, celle-ci avait été fixée à 56% et le droit à un quart de rente reconnu à l'assurée. De plus, l'aggravation de l'état de santé relevée dans le rapport du SMR du 10 septembre 2008 étant survenue postérieurement à sa décision du 26 septembre 2007, le dossier allait être réinstruit à la fin de la procédure de recours. Par courrier du 8 octobre 2008, l'assurée a persisté dans ses conclusions précédentes. Le 28 janvier 2008,

l'assurée a communiqué au Tribunal de céans un courrier adressé à la Dresse E\_\_\_\_\_, selon lequel son état de santé s'était aggravé en tant que l'arthrose des genoux progressait et qu'une intervention lui paraissait nécessaire. L'incapacité de travail totale persistait. Suite à la transmission de ce courrier à l'OCAI, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Le recours a été déposé dans les délai et forme légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA). La question litigieuse porte sur le point de savoir si l'OCAI était fondé, par décision du 26 septembre 2007, à remplacer la rente entière de l'assurée par un quart de rente. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). A cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200 , consid 1.2) Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a

modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71 ), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 bien-fondé (ATF 125 V 351 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 parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). En l'espèce, il y a lieu de comparer l'état de santé de l'assurée au moment de la décision du 23 août 2002 lui octroyant une rente entière d'invalidité et au moment de sa diminution à un quart de rente. Estimant n'être plus en mesure de travailler à mi-temps, l'assurée a, au mois de juin 1998, sollicité que sa demi-rente d'invalidité soit augmentée en rente entière. A la fin de l'année 1998 et au début de l'année 1999, ses médecins traitants avaient notamment posé les diagnostics de fibromyalgie, d'état dépressif sévère, de lombalgies chroniques, de gonalgies droites intermittentes ou encore d'obésité et avaient tous considéré que l'assurée était en totale incapacité de travail pour une durée indéterminée. En revanche, dans le courant de l'année 2002, la Dresse R\_\_\_\_\_ avait noté que son état thymique s'était amélioré, mais que les diagnostics de fibromyalgie et

d'atteinte dégénérative algique du rachis lombosacré avaient une influence sur sa capacité de travail. Elle avait considéré qu'elle n'allait pouvoir reprendre son activité professionnelle à 50% qu'après la résolution de son problème ostéoarticulaire (atteinte ligamentaire) et après une perte pondérale significative, de sorte que sa capacité de travail devait être réévaluée après une période de six mois à une année. L'OCAI avait ainsi octroyé à l'assurée une rente entière de manière rétroactive depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1998 en raison de problèmes psychiatriques importants ainsi que d'atteintes physiques. La procédure de révision a été ouverte suite à la reprise par l'assurée d'une activité professionnelle pendant deux mois et demi, soit du 14 avril à fin juin 2005. Cette activité n'avait pas pu être prolongée en raison de deux opérations pour une éviscération sur cicatrice de by-pass gastrique et de lombalgies. Dans le cadre de la procédure de révision, l'assurée a été soumise à une expertise COMAI. Les diagnostics retenus étaient sur le plan psychiatrique, un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, en rémission partielle (F33.2) et sur le plan rhumatologique, des cervico-lombo-sciatalgies droites et cure de hernie discale L4-L5 (M54.80) et enfin une cure d'éviscération de la ligne médiane avec abdominoplastie sur cicatrice de by-pass gastrique. Bien que les psychiatres aient noté une disparition des idées suicidaires ainsi qu'une amélioration de la thymie, ils ont notamment considéré que le deuxième tentamen médicamenteux à la fin de l'année 2005 témoignait de la limitation des ressources adaptatives de l'assurée et du fait que la situation était cristallisée d'un point de vue psychiatrique. La pathologie thymique constituait, selon eux, une co-morbidité du trouble somatoforme douloureux. Les experts rhumatologues ont, quant à eux, principalement fixé les limitations fonctionnelles qui concernaient notamment les travaux nécessitant des mouvements en flexion antérieure ou un maintien en position antérieure du tronc ou des ports de charges de plus de 10 kilogrammes, la marche à la descente, les travaux accroupis ou encore les travaux à la chaîne ou encore les positions statiques assise et debout. Les experts ont ainsi conclu que l'assurée avait, d'un point de vue strictement rhumatologique, une capacité de travail de 80% comme aide-infirmière, voire de 100% dans un travail adapté. Cependant, au vu de la fragilité de l'assurée d'un point de vue psychiatrique ainsi que de la persistance du trouble somatoforme douloureux, ils ont considéré qu'elle avait une capacité de travail de 60% sans diminution de rendement dans une profession mieux adaptée que celle d'aide-infirmière, de sorte qu'une formation devait lui être proposée pour lui permettre d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, par exemple en tant qu'infirmière scolaire ou infirmière de recherche. Ce rapport établi par des spécialistes est basé sur une anamnèse détaillée, prend largement en considération les plaintes de l'assurée et pose des constatations objectives de la situation médicale. Les diagnostics ont été posés de manière limpide, étant précisé que la référence à la CIM-10 (Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement) est exacte lorsqu'elle est retenue par les médecins psychiatres en page 12, soit F33.2, qui correspond au trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, en rémission partielle. Lorsque les diagnostics sont réexposés en page 15, la référence à la CIM-10 (F33.1) est erronée. Il s'agit manifestement d'une erreur de plume, les experts ayant repris le diagnostic posé les psychiatres. En ce qui concerne les conclusions de ce rapport, elles sont également claires et bien motivées. En effet, les experts, se basant sur l'échec de la dernière tentative de travail de l'assurée, expliquent que c'est notamment en raison des problèmes lombaires qu'ils considèrent que l'activité d'aide-infirmière leur paraît trop lourde et indiquent également pour quelle raison l'activité d'infirmière, profession du

domaine de la santé, conviendrait à l'assurée. Ce rapport exempt de contradictions ou de jugements de valeur a ainsi a priori pleine valeur probante. Le Tribunal de céans constate que, selon ce rapport d'expertise, c'est surtout d'un point de vue psychiatrique que la situation s'est améliorée. En effet, en 2002, une rente entière avait été octroyée à l'assurée depuis juin 1998 en raison d'un trouble dépressif sévère. Elle avait notamment commis un tentamen médicamenteux grave en 1999, ayant entraîné un coma. Certes, les experts retiennent que l'assurée présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, toutefois, celui-ci est en rémission partielle. Ainsi, l'état de santé psychique s'est amélioré. Il sera également remarqué que déjà en 2002, le médecin traitant avait constaté qu'après la résolution de problèmes somatiques dans les six mois à une année, celle-ci serait tout à fait en mesure de reprendre une activité lucrative à 50%, ce qui confirme que l'assurée présenterait bel et bien une capacité de travail de 50% au minimum. L'assurée conteste la valeur probante du rapport d'expertise et considère qu'il y a lieu de suivre les avis concordants de ses médecins traitants. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). En l'espèce, bien que les rapports du Dr D\_\_\_\_\_ du 22 octobre 2007, ceux de la Dresse E\_\_\_\_\_ de novembre 2007 et juillet 2008, et celui de la Clinique de neurologie du 20 novembre 2007 ont été établis postérieurement à la décision dont est recours, ils portent principalement sur des faits existants lorsque cette décision a été rendue, de sorte qu'il y a lieu de prendre en considération leur contenu. Pour ce qui est en revanche des faits postérieurs, soit notamment ceux retenus dans le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 8 août 2008 (syndrome des jambes sans repos notamment), dans les deux rapports du mois de mai 2008 des HUG et dans celui de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 31 juillet 2008 (évolution défavorable sur le plan psychique) ou encore dans les dernières constatations de la Dresse E\_\_\_\_\_ (arthrose des genoux), la situation devra être réexaminée par l'OCAI pour l'année 2008 pour tenir compte de l'éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée. Les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle et posent à peu de chose près les mêmes diagnostics que les experts. Cependant, ces deux médecins ainsi que ceux de la Clinique de neurologie soulignent, que l'assurée souffre également de troubles de l'équilibre avec chutes. De plus, il apparaît qu'elle a commis un tentamen médicamenteux en avril 2007, ce qui ressort notamment du rapport de la Clinique de neurologie. Outre ces troubles de l'équilibre et le tentamen médicamenteux, qui s'est déroulé après les examens des experts COMAI, les rapports des médecins ne sauraient remettre en cause le rapport complet d'expertise. Certes la Dresse E\_\_\_\_\_ a-t-elle indiqué que l'assurée était allergique à des produits de nettoyage hospitalier et que les limitations fonctionnelles retenues par les experts excluaient l'exercice de la profession d'infirmière, elle n'explicite, toutefois, pas quelles seraient les activités que l'assurée pourrait ou non effectuer en raison de ses limitations fonctionnelles ni celles qu'elle pourrait effectuer en dehors de ce milieu. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il n'est pas précis lorsqu'il parle d'« incapacité de travail complète probable ». Ces rapports des médecins

traitants trop succincts et non suffisamment motivés ne permettent ainsi pas de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise rendu par des spécialistes. Le rapport d'expertise COMAI revêt ainsi pleine valeur probante, dans la mesure où il est motivé et établi sur la base de l'état de santé de l'assurée jusqu'aux mois d'avril et mai 2006. Le Tribunal de céans constate cependant qu'en avril 2007, soit avant la décision sur opposition du 26 septembre 2007, l'assurée a commis un nouveau tentamen médicamenteux. Il ne s'agit dès lors pas là d'un fait nouveau dont on ne devrait pas tenir compte dans le cadre du présent litige. Il y a lieu de rappeler que les deux tentamens médicamenteux survenus en 1999 et en 2005 ont conduit les experts à retenir deux épisodes dépressifs sévères. Aussi ne peut-on exclure que celui d'avril 2007 puisse avoir une influence sur l'appréciation de l'état de santé psychique de l'assurée et le cas échéant sur sa capacité de travail. Il ne saurait, quoi qu'il en soit, être ignoré. Ces constatations sont ainsi de nature à mettre en doute les conclusions auxquelles parviennent les experts. Force est dès lors de considérer que le dossier n'est pas en l'état d'être jugé. Il sera partant renvoyé à l'OCAI pour instruction complémentaire par les médecins du COMAI, sur l'état de santé psychique de l'assurée et l'influence de celui-ci sur la capacité de travail, et nouvelle décision. L'assurée a également allégué à plusieurs reprises présenter des problèmes d'équilibre depuis son accident survenu en 1985. Ces troubles de l'équilibre, existant déjà avant la décision sur opposition de l'OCAI, n'ont pas pu être objectivés par les examens cliniques effectués et aucun des médecins ne précise quelle est la fréquence réelle des chutes de l'assurée. Lors de l'expertise COMAI, les experts ont remarqué que la station debout était stable et qu'il existait une discrète instabilité à la marche, mais sans boiterie particulière, et n'ont ainsi pas approfondi la question. Or, tant les Dr D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ que les médecins de la Clinique de neurologie s'accordent à dire que l'assurée souffre d'un problème d'équilibre avec chutes, qui doit être pris en compte dans le cadre de sa capacité de travail. Le SMR a, par avis du 6 mai 2008, également estimé qu'il y avait lieu de tenir compte des vertiges occasionnels dans le cadre de la capacité de travail de l'assurée, de sorte que la capacité de travail résiduelle de l'assurée devait être diminuée de 10 à 20%. Le Tribunal considère dès lors que ces troubles devront également être examinés dans le cadre de l'instruction complémentaire, afin que leur implication sur la capacité de travail puisse être déterminée. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité fixée en l'espèce à 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule les décisions de l'OCAI du 12 décembre 2005 et du 26 septembre 2007. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'OCAI à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OCAI. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Louise QUELOZ La Présidente

Doris WANGELER La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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