

GE_GERICHTE A/330/2007 vom 29. Mai 2007

GE Cour de justice, 2007-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_330_2007

FR: GE_GERICHTE A/330/2007 du 29 mai 2007

IT: GE_GERICHTE A/330/2007 del 29 maggio 2007

Regeste

; AI(ASSURANCE) ; SURVENANCE DU CAS D'ASSURANCE ; AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ ; ÉTAT DE SANTÉ; MODIFICATION(EN GÉNÉRAL) ; EXPERTISE ; SUREXPERTISE ; EXPERTISE MÉDICALE | LPG17

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.05.2007 A/330/2007

; AI(ASSURANCE) ; SURVENANCE DU CAS D'ASSURANCE ; AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ ; ÉTAT DE SANTÉ; MODIFICATION(EN GÉNÉRAL) ; EXPERTISE ; SUREXPERTISE ; EXPERTISE MÉDICALE | LPG17

A/330/2007 ATAS/608/2007 (2) du 29.05.2007 (AI) , ADMIS Recours TF déposé le 10.07.2007, rendu le 12.08.2008, ADMIS, 9C_435/2007 Descripteurs : ; AI(ASSURANCE) ; SURVENANCE DU CAS D'ASSURANCE ; AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ ; ÉTAT DE SANTÉ; MODIFICATION(EN GÉNÉRAL) ; EXPERTISE ; SUREXPERTISE ; EXPERTISE MÉDICALE Normes : LPG17 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/330/2007 ATAS/608/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 29 mai 2007 En la cause Madame Q _____, domiciliée , CHÊNE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BERGMANN Michel recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame Q _____ (ci-après la recourante), née le 1960, a été victime d'un accident de voiture le 13 mai 1984. Elle était passagère arrière d'un véhicule qui a percuté un candélabre à relative haute vitesse. Elle a été hospitalisée aux (ci-après "établissement hospitalier") pendant près de deux mois, et les diagnostics posés étaient des contusions diverses, des fractures-tassement L5 et une entorse cervicale. En date du 21 avril 1989, la recourante a déposé une demande de prestation au secrétariat de l'assurance-invalidité (devenu l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'une rente. Par communication du 23 juillet 1990, la commission de l'assurance-invalidité (ci-après la commission AI) lui a reconnu un degré d'invalidité de 50%, du 1 er mai 1985 jusqu'au 28 février 1986. Cependant, aucune rente n'a pu lui être versée car la demande était tardive. Entre 1986 et 1989, elle avait travaillé comme téléphoniste-réceptionniste pour différentes sociétés, mais elle avait arrêté en raison de douleurs importantes au niveau du dos. A la même date, la commission AI lui a accordé une demi-rente d'invalidité lui reconnaissant un degré d'invalidité de 50%, depuis le 1 er janvier 1989 au 31 juillet 1993. Cette communication a été confirmée par une décision du 1 er février 1991, dans laquelle il était indiqué que la recourante avait "une capacité de travail de la moitié au moins" et que sur

demande écrite un placement avec le concours de l'office régional pouvait être envisagé. Cette demi-rente a été maintenue après cette date, par communication du 25 octobre 1993. Figuraient alors notamment au dossier les rapports médicaux suivants: a) le rapport du 30 juin 1989 du Dr A _____, chirurgien orthopédique FMH et médecin traitant de la recourante, qui a posé comme diagnostic une lombo-sciatalgie chronique post-traumatique sur fracture grave de L5. Il a indiqué que l'état de santé de la recourante était stationnaire, que son incapacité de travail était de 50%, depuis 1987, et qu'il ne fallait pas envisager une amélioration fonctionnelle à cours terme. b) l'expertise du Dr B _____, médecine interne FMH et médecine du travail, effectuée le 16 juin 1990. Il y conclut que la recourante présentait d'importantes altérations de L5, ainsi que des disques intervertébraux L4-L5 et L5-S1, et avait une incapacité de travail permanente à 50%. c) une expertise du 20 février 1991, diligentée dans le cadre de l'assurance-accident, effectuée par le Dr C _____, spécialiste FMH neurochirurgie. Il a diagnostiqué un status après fracture tassement/éclatement du corps de L5, lombalgies résiduelles, et un syndrome lombovertébral statique et fonctionnel, probablement chronifié. Il a considéré l'état de santé de la recourante comme définitif, mais a relevé qu'on ne pouvait cependant exclure une éventuelle péjoration ultérieure, notamment en cas de progression de discopathie. Il a estimé l'incapacité de travail à 50%. d) une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne vertébrale et sacrée effectuée le 28 février par le Dr D _____, radiologue-spécialiste FMH. Il constatait une dégénérescence discale focalisée en L3-L4 et L4-L5, un tassement vertébral de L5 atteignant discrètement son mur postérieur, associé à une protusion discale, à des pédicules conservés en L5, sans luxation inter-facettaire, et une protusion discale en L5-S1 sans image d'hernie. Par courrier du 10 octobre 2002, la recourante a informé l'OCAI que son état de santé s'était fortement aggravé ces dernières années, et que selon son médecin traitant, le Dr A _____, sa demi-rente d'invalidité devait être portée à une rente entière. Dans le rapport du 28 octobre 2002, le Dr A _____ a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail des séquelles de fracture vertébrale de L5, aggravée par une arthrose concomitante, dégénérescence discale de L3-L4-L4-L5, des séquelles de Scheurermann dorsal, diagnostics existant depuis le 13 mai 1984, date de l'accident. Selon ce médecin, la recourante était en incapacité de travail de 100% depuis environ 10 ans, après de nombreuses tentatives échouées à 50%. L'état de santé de la recourante s'aggravait. Il n'y avait pas d'amélioration à attendre. Par courrier du 28 mai 2003, le Dr A _____ a répondu à l'OCAI qu'il y avait eu des changements objectifs de l'état de santé de la recourante depuis 1993. En effet, l'état de sa colonne vertébrale s'était aggravé d'une arthrose survenant progressivement. Selon ce médecin, la situation clinique devenait de plus en plus difficile et avait "abouti à une incapacité de travail même à 50%". La recourante n'étant plus capable d'assumer une activité soutenue en raison de lombo-dorsalgies chroniques avec parfois des phases aiguës, il a proposé une rente complète, car la situation n'allait pas s'arranger avec le temps. La recourante a été soumise par l'OCAI à une expertise, effectuée par le Dr E _____, FMH chirurgien orthopédique, en date du 20 novembre 2003. L'expert a procédé à l'anamnèse et à la description des plaintes de la recourante. Le jour de l'expertise, il a effectué un contrôle radiologique. Il a posé comme diagnostics un status 19 ans après fracture-tassement de L5, une discopathie modérée à sévère L4-5, débutante L5-S1, une spondylose débutante L2-3 et L3-4, et une cervicarthrose C5-6. Il a constaté que subjectivement l'évolution était mauvaise. Son examen clinique a objectivé la persistance d'un important syndrome lombovertébral, qui, selon cet expert, devait être nuancé chez la

recourante qui présentait une certaine résistance active. La zone douloureuse dépassait très largement la charnière lombaire et fessière, sans qu'une perte musculaire régionale importante, voire des contractures soient constatées. Il a considéré que les signes de non-organicité étaient "florides (hypersensibilité à la pression, résistance active, grimaces), chez une patiente très émotive". L'examen a également permis de constater l'absence de signes évoquant une radiculopathie irritative/déficitaire. La mobilité du rachis cervical était satisfaisante. La symptomatologie douloureuse régionale alléguée, relativement importante, pouvait s'expliquer, du moins partiellement, par la cervicarthrose débutante (qui n'était pas exceptionnelle pour l'âge). Selon l'expert, il y avait une importante discordance entre les éléments objectifs et les éléments subjectifs présents de manière floride. Constatant que les éléments orthopédiques n'expliquaient pas cette discordance, il craignait "la participation significative de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas, chez une patiente dont la surcharge psychogène semble évidente". Il a admis que pour le futur, l'évolution des discopathies, au sens d'une aggravation, était probable. La vitesse d'évolution était inconnue, mais devait rester lente. Les éventuels accès douloureux peuvent être palliés par une physiothérapie et une antalgie adaptée, parfois par une courte période de repos. Il a constaté qu'elle devait limiter des positions assises ou debout prolongées, limiter le port de charges (5 - 7,5 kg), éviter le déplacement de longue durée au sein d'une entreprise, éviter aussi les positions de porte-à-faux voire des rotations répétées du tronc. L'expert a indiqué que dans sa dernière activité exercée, la recourante avait une capacité de travail de 50% (4h/jour), et avec le re-entraînement au travail une capacité définitive d'au moins 75% (6h/jour) était exigible. Le degré d'incapacité de travail était resté inchangé. Une activité plus adaptée que celle de téléphoniste-secrétaire ne lui semblait pas envisageable. Selon l'expert, une amélioration de la capacité de travail était possible par une adaptation ergonomique du plan de travail. Sur demande de la recourante, une contre-expertise a été effectuée par le Dr F _____, FMH neurochirurgien, en date du 3 février 2004. Dans son rapport du 6 mai 2004, l'expert a posé comme diagnostics un status après fracture par tassement/éclatement de L5 en 1985, traité de manière conservatrice, une instabilité post-traumatique et dégénérative du segment L4-L5, éventuellement L3-L4, un canal étroit consécutif à l'atteinte dégénérative post-traumatique, en L4-L5. Selon l'expert, ces lésions empêchaient totalement la recourante de travailler. Il a indiqué que "l'incapacité de travail est la conséquence d'une symptomatologie évoluant sans interruption depuis le jour de l'accident sur la base d'une pathologie clairement documentée, pathologie qui crée un potentiel dégénératif accéléré par l'usure inapproprié des différents segments mobiles impliqués au point qu'on peut parler de manifestations arthrosiques post-traumatiques. Deux éléments cliniques sont responsables des symptômes actuels, à savoir le canal lombaire étroit L4-L5 ainsi que l'instabilité du segment L4-L5. Il a rappelé qu'en 1991 déjà le neurochirurgien nommé comme expert avait considéré l'état de santé comme définitif et indiqué que l'on ne pouvait exclure une éventuelle péjoration ultérieure. Selon le Dr F _____, « c'est exactement ce qui est en train de se passer actuellement ». Il situe une aggravation aux derniers mois qu'il attribue principalement à la formation de l'arthrose. L'autre aspect de l'aggravation clinique, non datée, est l'instabilité L4-L5, peut-être aussi L3-L4. Il a également indiqué que cette symptomatologie était susceptible de continuer à évoluer. Dans un avis du 10 mai 2004, le Dr G _____, médecin-conseil de l'OCAI, a rappelé qu'il s'agissait d'une révision et qu'il fallait voir si l'état de santé s'était modifié de façon objective depuis la dernière décision d'octobre 1993. Selon ce médecin, les répercussions sur la capacité de travail étaient restées les mêmes. Dans le rapport du 29 juin

2004, sur demande de l'OCAI, le Dr Jean A_____ a constaté que l'état de santé de la recourante était stationnaire depuis 3-4 ans, qu'elle souffrait de lombodorsalgies post-traumatiques chroniques, que les séquelles et les fractures vertébrales avaient une influence sur la capacité de travail et qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. Par courrier du 27 août 2004, le Dr F_____ s'est déterminé sur l'expertise du Dr E_____, qu'il n'avait pas lors de la rédaction de son rapport d'expertise. Il a constaté que cet expert était parvenu à des conclusions "diamétralement opposées" aux siennes, et a émis différentes critiques sur la manière dont cet expert a procédé à l'expertise, qui seront reprises ultérieurement en tant que de besoin. Par courrier du 27 septembre 2004, le Dr A_____ a répondu au courrier du 10 mai 2004 du Dr G_____. Il lui a indiqué qu'il avait effectivement vu la recourante à la suite de l'expertise de novembre 2003, qu'elle était très énervée, qu'à cette période, elle se plaignait de dorso-lombalgie, douleurs qui surviennent lors des périodes de tension ou de fatigue. Il lui avait prescrit de la physiothérapie. Après ce traitement, la recourante était tout à fait bien et le médecin a signalé que son état de santé était similaire à celui qui prévalait avant l'expertise. Il a indiqué qu'il n'y avait rien de nouveau dans sa situation. Dans une note du 13 octobre 2004 du SMR, le Dr G_____ a constaté suite à la réponse du Dr A_____ qu'il n'y avait pas de faits nouveaux. En date du 27 septembre 2006, l'OCAI a communiqué à la recourante que sa rente d'invalidité n'avait pas subi de modification, et que par conséquent son degré d'invalidité restait à 50%. Par courrier du 25 octobre 2006, la recourante a exigé que l'OCAI rende une décision sujette à recours. De plus, elle a joint à son courrier copie de l'expertise psychiatrique effectuée le 9 septembre 2005 par la Dresse H_____, cheffe de clinique aux "établissement hospitalier" sur demande de l'assurance-accident de la recourante. Cette experte a posé comme diagnostic psychiatrique (CIM-10) un trouble de la personnalité, émotionnellement labile avec des traits infantiles et immatures, et comme diagnostic somatique, une fracture par tassement, un éclatement du corps vertébral de L5, traitée conservatoirement malgré un syndrome de la "queue de cheval" incomplet, des contusions et des éraflures multiples. La Dresse H_____ a indiqué que la recourante avait très probablement des séquelles psychologiques suite à l'accident et qu'elle présentait un taux d'incapacité de travail quasi total. Dans l'avis du SMR du 15 novembre 2006, le Dr G_____ a relevé que l'information du médecin traitant (en 2004) contredisait les déclarations de la recourante, du Dr F_____ et de la Dresse H_____. S'agissant de l'expertise psychiatrique, il a considéré qu'elle ne remplissait pas les critères pour avoir valeur probante. Selon ce médecin, elle ressemblait plus à un rapport d'un médecin traitant et non d'un expert. Il a indiqué que même si on admettait la présence d'un trouble de la personnalité après l'accident de 1984, il était déjà présent lors de la décision de l'assurance-invalidité de 1991, et que donc il n'y avait pas eu de changement de l'état de santé depuis la dernière décision. En date du 17 novembre 2006, l'OCAI a envoyé à la recourante un projet de décision, dans laquelle il rejetait sa demande d'augmentation de la rente d'invalidité, au motif que, suite à l'évaluation des différents rapports médicaux en sa possession, il n'y avait eu aucun changement de son état de santé depuis la dernière décision. Par conséquent, la capacité de travail de la recourante était toujours de 50% dans toutes activités professionnelles et son degré d'invalidité n'était pas modifié. Par courrier du 22 novembre 2006, la recourante a demandé à l'OCAI de motiver sa décision, en expliquant comment, au vu de l'expertise de la Dresse H_____, il était arrivé à la conclusion que l'invalidité était de 50%. Par décision du 22 décembre 2006, l'OCAI a confirmé sa communication, au motif qu'il n'y avait eu aucune évolution de l'état de santé de la

recourante susceptible de modifier sa capacité de travail depuis l'octroi initial de la rente d'invalidité. En date du 29 janvier 2007, la recourante a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal de céans, en sollicitant préalablement que le Tribunal entende en qualité de témoin le Dr A _____, le Dr F _____ et la Dresse H _____. Elle a conclu principalement à l'annulation de la décision, à la révision de la rente afin de bénéficier d'une rente entière d'invalidité depuis le 14 octobre 2002 et pour une durée indéterminée, et à la condamnation de l'OCAI à tous les dépens. Elle a indiqué que tous les médecins à l'exception du Dr E _____ ont considéré que son état de santé s'était notablement péjoré, et qu'en plus de l'intensification des troubles déjà existants, des nouveaux troubles étaient apparus depuis la décision de 1990. Il s'agissait d'arthrose vertébrale, de sciatalgies gauches, d'une claudication de type neurogène, d'une dégénérescence discale L3-L4 (en 1989-1991, cette dégénérescence atteignait seulement L4-L5), et de trouble de la personnalité. Ces troubles avaient pour conséquence qu'elle était totalement incapable de travailler. Dans sa réponse du 13 mars 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a indiqué que son service médical relevait les nombreuses contradictions existant entre d'une part les différentes déclarations de la recourante et d'autre part celles des différents médecins interrogés. Il a rappelé les raisons pour lesquelles les conclusions émises sur le plan psychiatrique de la Dresse H _____ ne pouvaient être suivies. D'ailleurs sa décision était identique à celle rendue par l'assurance-accident en date du 9 janvier 2007, également contestée par la recourante. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est tenue le 17 avril 2007. À cette occasion, la recourante a déclaré ce qui suit: « J'explique qu'aujourd'hui et depuis plusieurs années je ne peux plus du tout travailler ni même vaquer à mes occupations. Les douleurs sont devenues très importantes et les médicaments ne les soulagent que dans une faible mesure. Ma jambe gauche lâche maintenant régulièrement, ce qui provoque des chutes. Or, en raison de la fracture initiale à la colonne vertébrale, je ne peux pas utiliser de cannes anglaises. Je suis de plus en plus alitée ». Le Tribunal a décidé d'entendre, sur le siège, et à titre de renseignements, Monsieur B1 _____, compagnon de la recourante. Celui-ci a déclaré : « J'ai accompagné Mme Q _____ à son rendez-vous avec le Dr E _____. Lorsque nous sommes entrés et que le Docteur est arrivé, il m'a demandé qui j'étais et m'a dit que je n'avais rien à faire là. J'ai compris que je devais sortir, je ne pouvais pas attendre mon amie à l'intérieur du cabinet. J'ai eu une impression désagréable, j'ai été mal reçu, j'avais l'impression que cela ne commençait pas sous les meilleurs auspices. J'ai dès lors attendu Mme Q _____ dans ma voiture. Lorsqu'elle est revenue une heure plus tard, elle allait mal. Nous avons dû nous rendre dans un autre endroit à Lausanne pour effectuer des radiographies, je ne voyais pas où cela se trouvait, mais je ne me suis pas senti le cœur de retourner chez le Docteur pour lui demander des informations. Nous avons trouvé curieux qu'il faille refaire des radios, car de nombreux examens avaient déjà été effectués et figuraient au dossier. Je n'ai pas entendu d'échanges de propos entre Mme Q _____ et le Dr. E _____. Sur question, j'explique que je fais les courses pour Mme Q _____, je fais les travaux lourds de ménage, les autres travaux de ménage sont faits par les membres de sa famille, et je l'accompagne à ses rendez-vous médicaux, je peux facilement me libérer au travail. J'ai rencontré Mme Q _____ à fin 2000/début 2001. Je dirais que depuis lors, je ne constate qu'une péjoration de son état de santé, elle doit régulièrement s'aliter, une grosse boule se forme dans le dos près de la colonne, elle doit sans cesse changer de position, elle ne peut par exemple pas rester plusieurs heures dans un fauteuil. Par conséquent, je l'assiste

de plus en plus ». Interrogée à nouveau, la recourante a repris : « Je confirme que l'expertise chez le Dr E_____ s'est très mal passée. Il s'est montré désagréable, agressif et même malhonnête. Il m'a attaquée sur plusieurs sujets comme ma formation et ma connaissance des langues, je n'osais pas trop répondre, j'avais peur qu'il me qualifie de folle. Il m'a notamment dit à un moment de l'expertise que j'avais une fracture à la tête. Lorsqu'il m'a reçue et emmenée dans son cabinet, il m'a dit d'un ton brusque de ne pas boiter. Par la suite il m'a fait des manipulations douloureuses, c'est pour cela qu'en rentrant à Genève, j'ai couru chez le Dr A_____ qui m'a envoyée d'urgence faire de la physiothérapie pour me débloquer. J'ai très mal sur tout le côté gauche, je confirme que je ne peux pas maintenir une position plus de quelques minutes. Le soir, je prends des somnifères pour dormir, la journée j'ai toujours une visite, je suis bien entourée, mais je ne fais rien de particulier, je ne peux avoir aucune occupation ou activité ». Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959. 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA. Selon l'art. 41 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Cet article a été repris par l'article 17 LPGA qui prévoit la révision de la rente en cas de modification notable du taux de l'invalidité. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. En l'espèce, la question litigieuse est de savoir si l'invalidité de la recourante s'est aggravée au point de modifier son droit à la rente, entre le mois de février 1991, où le droit à une demi-rente lui a été reconnu et le mois de décembre 2006, où l'OCAI a rejeté sa demande d'augmentation du taux de la rente. Selon la recourante, l'aggravation s'est produite progressivement « durant

les dernières années » ce qui fondait sa demande de révision déposée en octobre 2002. Selon l'OCAI aucune aggravation objective ne peut être retenue. Il est dès lors nécessaire de confronter les différents avis médicaux, et en particulier les deux expertises figurant au dossier, soit l'expertise du Dr E _____, chirurgien orthopédique, du 20 novembre 2003, l'expertise du Dr F _____, neurochirurgien, du 6 mai 2004, les avis du médecin traitant, le Dr A _____, et celui de la psychiatre, la Dresse H _____. On rappellera pour ce faire les principes qui président à l'appréciation et à l'établissement des faits. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En l'espèce, une lecture attentive des rapports médicaux et expertises pertinents conduit à écarter les conclusions de l'expert E _____. D'une part, la recourante s'est plainte de son attitude à diverses reprises, et son médecin traitant a confirmé les dégâts causés physiquement par l'expert à sa patiente et qui ont justifié des séances de physiothérapie. Il semble que cet expert soit parti de l'idée que la recourante exagérait ses douleurs et simulait une boiterie, de sorte que son rapport est empreint d'éléments subjectifs. D'autre part et surtout des critiques convaincantes ont été exprimées par l'expert F _____. Dans son courrier du 27 août 2004, il explique, d'une part, que le premier expert a manifestement activement testé la mobilité du rachis, ce qui est inhabituel, et explique la résistance de sa patiente ainsi que ses mimiques de douleurs. Il n'a pour sa part pas remarqué d'émotivité chez la recourante, qui s'est comportée de façon appropriée et collaborante. Les signes de non organicité relevés par le premier expert sont contestés par le Dr F _____, pour qui ils résultent d'interprétations critiquables. De surcroît, il a passé sous silence certains « symptômes essentiels » comme la claudication neurogène et les douleurs « en coup de poignard » qui évoquent une instabilité. Enfin, l'interprétation d'un

examen (CT du 28.02.2002) s'avère « pour le moins superficielle », et la discussion de ce premier expert « se limite à une énumération de lieux communs », qui ne s'appliquent en l'occurrence « malheureusement pas à la patiente ». L'expertise du Dr F _____, au contraire, revêt une pleine valeur probante. Complète, claire, bien motivée, elle est convaincante et ne fait d'ailleurs l'objet d'aucune critique, pas même de SMR. On peine en revanche à comprendre comment ce dernier peut nier l'existence d'aggravation objective après cette expertise puisqu'au contraire l'expert relève deux signes cliniques d'aggravation, et que son appréciation confirme les allégations du médecin traitant, en particulier s'agissant de l'apparition d'une arthrose. Ainsi la capacité de travail de la recourante est nulle pour des raisons déjà somatiques, de sorte qu'il est inutile d'examiner avec attention les conclusions de la psychiatre. On peut relever cependant à ce sujet que les remarques du Docteur G _____ sont en l'occurrence pertinentes. Il est difficile de fixer avec exactitude la survenance de l'aggravation de l'état de santé, ne serait-ce qu'au motif qu'il s'agit d'une aggravation progressive due à l'apparition d'une arthrose et d'une instabilité. Il en est fait état pour la première fois dans le rapport du médecin traitant, du 28 octobre 2002, mais ce praticien ne fixe pas la date de la survenance de l'aggravation, se contentant d'indiquer que l'incapacité totale est de 100 % depuis environ 10 ans hormis de nombreuses tentatives échouées à 50 %. Pour sa part l'expert F _____ mentionne une aggravation globale progressive depuis deux ans, et une aggravation durant les derniers mois s'agissant du canal lombaire étroit, due à la formation de l'arthrose. Compte tenu qu'aux termes de la loi l'aggravation doit être notable pour justifier la modification du droit à la rente, le Tribunal de céans fixera au jour de l'expertise du Dr F _____ l'aggravation notable, soit au 6 mai 2004, puisque c'est ce jour-là qu'il détermine à 100 % l'incapacité de travail. Par conséquent, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qui sont fixés en l'espèce à 2'000 fr. *** PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet, et annule la décision du 22 décembre 2006. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er mai 2004. Condamne l'OCAI au versement d'une indemnité en faveur de la recourante de 2'000 fr. Met l'émolument, fixé à 500 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. Le greffier : Pierre RIES La présidente Isabelle DUBOIS 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.