RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1577/2006 **ATAS/959/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 31 octobre 2006

En la cause

Madame S_____, domiciliée à GENEVE	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Valérie MONTANI et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame S_____, ressortissante polonaise au bénéfice d'un permis d'établissement et née en 1973, a été victime d'un accident de voiture, le 10 mai 1995, alors qu'elle était passagère du véhicule conduit par son mari qui circulait en état d'ébriété et à une vitesse excessive. Lors de cet accident, elle a subi un traumatisme crânio-cérébral, une fracture L2-L3 ainsi que des fractures multiples de la cheville gauche, à savoir une fracture comminutive inter-articulaire du corps de l'astragale, une fracture du pilon tibial, une fracture des malléoles interne et externe ainsi que du cuboïde qui ont nécessité une opération du tarse postérieur gauche.

2. Le 22 avril 1997, elle a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse à la cheville gauche ainsi qu'une résection d'un névrome cicatriciel.

3. Dès le 1er janvier 1998, elle a travaillé en tant qu'employée polyvalente de cafétéria pour l'entreprise de restauration de collectivité DSR.

4. Dans son rapport du 23 mai 1998, le Dr A_____, généraliste, qui suit l'assurée depuis le 1er décembre 1997, a diagnostiqué un état anxio-dépressif et a attesté une incapacité de travail totale dès le 28 avril 1998.

5. Sur demande de la PHENIX ASSURANCES, assurance de l'employeur contre la perte de gain, le Dr B_____, psychiatre et psychothérapeute, a expertisé l'assurée. Dans son rapport d'expertise du 17 août 1998, il a indiqué que la patiente parlait facilement avec une teinte paranoïaque, que son discours était revendicatif par rapport à tout, qu'elle était fatiguée, triste et orientée dans le temps, sans hallucinations ni idées délirantes. Il a constaté une personnalité fragile, centrée sur sa santé, ayant tendance à s'isoler et à demander réparation. Il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen et une personnalité à traits paranoïaques. Il a conclu que l'épisode dépressif moyen empêchait la patiente de travailler et que la personnalité à traits paranoïaques, actuellement décompensée, empêchait une guérison rapide de l'état dépressif. Il a fait état d'une incapacité de travail totale de durée indéterminée.

6. L'assurée a consulté le Dr C_____, psychiatre et psychothérapeute, qui a attesté une incapacité de travail totale du 14 mai au 31 octobre 1998.

7. Le 25 décembre 1998, l'assurée a accouché et son gynécologue, le Dr D_____, a attesté une incapacité de travail totale du 9 novembre 1998 jusqu'à l'accouchement. Dans un rapport du 21 mars 1999, il a posé les diagnostics de grossesse et de dépression avec épuisement maternel.

8. Puis, dans un rapport du 12 avril 1999, le Dr D_____ a confirmé un épuisement maternel ainsi qu'un état dépressif et a attesté une incapacité de travail totale du 5 au 31 mars 1999.

9. Le 21 avril 1999, l'employeur a résilié les rapports de travail avec effet au 31 mai 1999.

10. Le 7 mai 1999, l'assurée a consulté la Dresse E_____, spécialiste en médecine interne, qui, dans son rapport du 18 mai 1995, a diagnostiqué une anémie ainsi qu'un surmenage et a attesté une incapacité de travail totale dès le 7 mai 1999 pour une durée indéterminée.

11. Le 5 juillet 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente.

12. Le 7 septembre 1999, l'assurée a consulté le Dr F_____, chirurgien-orthopédiste, auprès duquel elle s'est plainte, à la cheville gauche, d'un œdème en fin de journée et de douleurs de type décharges électriques. Lors de son examen clinique, ce spécialiste a constaté une bonne mobilité de la cheville et des articulations du pied, la présence de cicatrices élargies présentant une hyperesthésie au toucher et des dysesthésies mal systématisées. Dans son rapport du 13 septembre 1999, il a indiqué que les radiographies montraient un remaniement de type pré-arthrosique de la cheville et du pied, mais avec des interlignes articulaires encore conservés. Il a estimé que la patiente ne pouvait pas travailler à temps complet en tant que sommelière et qu'un poste de travail essentiellement assis avec des déplacements courts lui conviendrait mieux.

13. Dans un rapport du 28 septembre 1999, la Dresse E_____ a diagnostiqué des séquelles d'une fracture complexe de la cheville gauche avec ostéosynthèse en 1995 et ablation du matériel en 1997, un remaniement pré-arthrosique et des troubles proprioceptifs avec douleurs à la marche. Elle a indiqué que la patiente, depuis son accident de 1995, avait subi de nombreux arrêts de travail pour douleurs du pied et syndrome dépressif réactionnel. Elle a mentionné un état psychique à tendance dépressivo-anxieuse dû surtout à sa situation sociale, mais avec amélioration depuis l'instauration d'un traitement de Seropram.

14. Le 16 octobre 2000, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) a confié un mandat d'expertise au Dr B_____.

15. Dans son rapport d'expertise du 20 janvier 2001, le Dr B_____ a précisé que, depuis sa précédente expertise, la patiente présentait une légère amélioration de son état dépressif ainsi qu'une structure paranoïaque plus accentuée. Il a exposé que la patiente se plaignait d'angoisse accompagnée de fatigue, de troubles du sommeil épisodiques et de troubles de la concentration. Il a indiqué qu'il n'avait pas constaté d'idées délirantes, d'idées d'inutilité, d'idées de culpabilité. Il a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen et a, en outre, retenu le diagnostic de personnalité paranoïaque. Il a expliqué que la patiente n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle, mais qu'un suivi psychiatrique régulier pourrait améliorer la situa-

tion clinique et permettre, une année plus tard, une réadaptation professionnelle à temps partiel.

16. Par décisions des 20 juin 2001 et 9 juillet 2001, l'OCAI a retenu un taux d'invalidité de 100% depuis le 28 avril 1999 et a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité d'avril 1999 à juin 2001 ainsi que trois rentes complémentaires pour enfant.

17. Par décisions du 22 octobre 2001, l'OCAI a versé également ces rentes pour le mois d'octobre 2001.

18. Dans le questionnaire pour révision de rente du 19 mai 2003, l'assurée a indiqué qu'elle ne travaillait pas et que son état de santé s'était aggravé depuis décembre 2002 en raisons de douleurs à la jambe qui nécessitaient une nouvelle opération.

19. Dans un rapport du 14 juillet 2003, le Dr G_____, chirurgien orthopédiste, a fait état d'une arthrose avancée de la sous-astragalienne gauche. En outre, il a indiqué que la révision interne et externe de la cheville gauche associée à une arthrodèse de la sous-astragalienne gauche, prévue le 15 janvier 2003, avait été repoussée par la patiente.

20. Le 8 mars 2004, l'OCAI a informé l'assurée que le Dr H_____, psychiatre, ne lui avait pas adressé le rapport médical demandé, malgré plusieurs rappels, de sorte qu'il l'invitait à prendre toutes les mesures nécessaires auprès de ce médecin pour que ce dernier envoyât son rapport d'ici la fin mars 2004.

    Le 7 avril 2004, l'OCAI a reproché à l'assurée de n'avoir rien entrepris auprès de son médecin pour obtenir le rapport demandé. En outre, il s'est enquis de savoir si l'opération programmée en 2003 avait eu lieu. Par ailleurs, il s'est étonné que l'assurée ait ouvert une école de musique sans l'avoir tenu informé et a requis la communication des bilans et comptes relatifs à cette activité. Il a fixé un dernier délai à l'assurée au 30 avril 2004 pour lui faire parvenir les renseignements demandés en la menaçant, en cas de refus de coopérer, d'une suspension ou d'une suppression de sa rente.

    Par courrier du 14 avril 2004, l'assurée a répondu qu'elle avait transmis la demande de l'OCAI au Dr H_____ par lettre du 18 mars 2004 et qu'elle attendait sa réponse. Elle a précisé qu'après la suspension de l'opération fixée en 2003 à la suite du décès de sa grand-mère, elle avait de la peine à fixer une nouvelle date, car elle n'avait pas d'assurance complémentaire et elle devait trouver un arrangement avec son assurance pour payer l'opération prévue à la "établissement hospitalier". Enfin, elle a expliqué qu'elle n'avait jamais ouvert une école de musique, mais qu'elle avait constitué avec des amies un club de musique ayant pour seul but de passer une à deux heures par semaine à écouter et parler de musique.

21. Le 28 septembre 2004, les médecins du Service médical régional AI (ci-après : SMR), à savoir la Dresse I_____, spécialiste en médecine physique ainsi qu'en rééducation, et la Dresse J_____, psychiatre, ont examiné l'assurée. Dans leur rapport du 22 octobre 2004, elles ont indiqué que, sur le plan physique, l'assurée présentait une perte de mobilité de la cheville gauche dans toutes les directions, d'environ 20° pour la flexion/extension par rapport à droite, des douleurs, une hypersensibilité avec dysesthésie à la palpation des cicatrices pouvant correspondre éventuellement à un névrome, une hyposensibilité de tout le bras gauche et du mollet gauche. Elles ont précisé que, lors de l'entretien, elles n'avaient pas observé de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique. Elles ont constaté que l'assurée se positionnait dans un rôle de victime très agressive et projective qui demandait réparation tout de suite. Elles ont exposé que, depuis son accident, l'assurée présentait des douleurs chroniques avec une nette amplification de ses plaintes et que, pendant l'entretien, elles n'avaient observé aucun signe de souffrance objectivable, raison pour laquelle elles n'avaient pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Elles ont ajouté que ses plaintes très démonstratives laissaient l'expert insensible et que l'expertisée alléguait de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. Elles ont diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité émotionnellement labile type impulsif (F 60.30) avec des traits paranoïaques, non décompensée, une arthrose post-traumatique de la cheville gauche (M 19.7), d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, des dorso-lombalgies non spécifiques dans le cadre d'un discret trouble de la statique et d'une dysbalance musculaire avec insuffisance posturale ainsi qu'une discrète périarthrite scapulo-humérale gauche. Elles ont mis en évidence des limitations fonctionnelles physiques uniquement nécessitant, d'une part, d'éviter la position statique prolongée debout, les déplacements à longue distance ou répétés et sur terrains accidentés, la montée/descente d'escaliers et de pentes, d'autre part, de limiter le port de charges à dix kilos occasionnellement et à cinq kilos de façon répétée. Elles ont conclu à l'existence d'une incapacité de travail entière depuis juin 1999 dans l'activité de sommelière et à une capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée, à savoir dans une profession ne demandant pas de position prolongée debout ou des déplacements fréquents.

22. Dans un rapport du 7 octobre 2004 relatif à une consultation du 25 août 2004, le Dr K_____, chef de clinique-adjoint du département de chirurgie des (ci-après : "établissement hospitalier"), a diagnostiqué une arthrose tibio-astragalienne et sous astragalienne post-traumatique. Il a fait état d'une marche avec boiterie importante, d'une mobilité sous-astragalienne diminuée d'environ 30% par rapport au côté droit, d'une sensibilité des cicatrices opératoires lors de toute palpation superficielle, de douleurs diffuses importantes lors de toute mobilisation de la cheville et de l'articulation de Chopart. Il a estimé qu'une sanction chirurgicale telle qu'une triple arthrodèse de la cheville ou la mise en place d'une prothèse totale de la cheville

n'aurait aucun effet sur les douleurs neurogènes et ne pourrait donc que diminuer partiellement la symptomatologie douloureuse. Il a conseillé à la patiente d'attendre le plus longtemps possible pour entreprendre un geste chirurgical quelconque.

23. Le 21 février 2005, lors d'un entretien avec un technicien en réadaptation professionnelle de l'OCAI, l'assurée a indiqué qu'elle n'était plus en mesure d'effectuer une quelconque activité professionnelle et qu'une femme de ménage venait deux fois par semaine s'occuper de son ménage.

24. Le 2 avril 2005, l'assurée a chuté sur le sacrum. En raison de douleurs sacrales, elle a consulté le Dr K_____, chirurgien aux "établissement hospitalier", qui a diagnostiqué, après prise de radiographies, une fracture du sacrum.

25. Dans un rapport du 6 septembre 2005, le Dr L_____, psychanalyste et psychothérapeute, a diagnostiqué un état anxio-dépressif post-traumatique existant depuis 2002, un alcoolisme chronique existant depuis 2003 (recte : 2004) et une arthrose post-traumatique de la cheville existant depuis 1999. Il a mentionné une aggravation de l'état de santé et a précisé qu'il suivait la patiente depuis le 21 février 2005. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, il a indiqué que la patiente présentait de l'angoisse et de l'insomnie, que les troubles psychiques étaient réactionnels à l'accident de voiture et aux séquelles traumatiques qui influençaient de façon prépondérante l'affection actuelle. Il a attesté une incapacité de travail de 100% imputable à ces seules affections. Dans l'annexe à son rapport, il a précisé que l'assurée avait subi un véritable choc psychique lorsque les médecins des "établissement hospitalier" l'avaient informée que sa cheville gauche ne guérirait jamais et que la mise en place d'une prothèse serait nécessaire lorsqu'elle ne pourrait plus marcher. Il a expliqué que, depuis sa sortie des "établissement hospitalier", la patiente avait développé un état dépressif grave, avec idées suicidaires, sans passage à l'acte, et avait commencé à souffrir de crises de paniques aigues qui l'avaient amenée à une alcoolisation à titre sédatif, puis à un état d'alcoolisme chronique. Il a exposé que l'évolution restait incertaine et très fragile car l'handicap chronique de l'arthrose de la cheville jouait un grand rôle dans son état dépressif et que l'alcoolisme toujours présent rendait très difficile l'évolution psychique. Il a considéré que l'hypothèse pronostiquée d'une évolution chronique lui paraissait la plus fondée à ce jour. Enfin, il a estimé que l'invalidité était liée surtout à l'handicap orthopédique et à l'arthrose chronique post-traumatique, alors que l'état dépressivo-anxieux réactionnel n'était qu'un élément négatif de plus s'ajoutant au tableau somatique.

26. Dans un rapport du 10 novembre 2005, le Dr M_____, médecin au SMR, a relevé que la Dresse J_____ n'avait pas noté de décompensation psychique lors de l'examen du 28 septembre 2004. Il a considéré que la suppression de la rente de l'assurance-invalidité et de la rente LPP pouvait entraîner un état anxio-dépressif réactionnel mais non imputable à des raisons médicales. Il a estimé que le rapport

du médecin-traitant ne permettait pas de revenir sur la décision de suppression de rente.

27. Par décision du 6 février 2006, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité dès le 1er avril 2006 estimant qu'au plan psychiatrique il n'y avait aucune pathologie invalidante. Il a retenu que l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à 100% et a procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité qui lui a permis de fixer le taux d'invalidité à 8.9%.

28. Le 17 février 2006, l'assurée a formé opposition contre ladite décision. Elle a contesté la compétence du médecin du SMR qui l'a examinée qui est rhumatologue et non pas orthopédiste et qui n'a jamais opéré, ni travaillé en milieu hospitalier. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique auprès d'un spécialiste de la cheville. Elle a estimé qu'elle pouvait essayer à 50% d'entreprendre une formation ou un stage dans une activité adaptée avec l'aide de l'OCAI en précisant qu'elle avait besoin de l'autre 50% pour son traitement et pour du repos nécessaire en raison de la fatigue provoquée par l'arthrose de sa cheville.

29. Par décision sur opposition du 26 avril 2006, l'OCAI a rejeté son opposition. Il a soutenu que le rapport du SMR était suffisamment étayé pour déterminer si l'état de santé de l'assurée justifiait ou non le maintien de la rente. En outre, il a informé l'opposante qu'une aide au placement pouvait lui être accordée pour autant qu'elle participât activement aux mesures proposées.

30. Par écriture du 4 mai 2006, l'assurée a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle conclut à la mise en œuvre d'une expertise par un vrai spécialiste en orthopédie ainsi qu'un vrai psychiatre et invoque les mêmes motifs que dans son opposition.

31. Dans sa réponse du 29 mai 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs circonstanciés contenus dans sa décision sur opposition.

32. Par écriture du 19 juin 2006, la recourante a précisé qu'elle demandait au minimum une demi-rente d'invalidité en raison de son arthrose de la cheville et des troubles psychiques post-traumatiques. Elle a indiqué qu'elle attendait un rapport des "établissement hospitalier".

33. Par courrier du 21 août 2006, la recourante a transmis au Tribunal, notamment, un rapport rédigé le 3 décembre 2004 par la Dresse N_____, médecin-cheffe de service et consultante pour la psychiatre de liaison des "établissement hospitalier", qui se déclarait frappée par la composante anxieuse, la thymie triste de la patiente et la difficulté à entrer en contact avec elle.

34. Le 25 août 2006, le Tribunal a communiqué une copie de ce courrier à l'intimé et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours concerne la suppression du droit à des prestations dès le 1er avril 2006, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont donc applicables dans le présent cas.

   Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Le recours a été formé en temps utile dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). En effet, en agissant le 4 mai 2006, la recourante a respecté le délai de recours courant du 28 avril au 29 mai 2006 (art. 38 al. 1 et 3 LPGA). Interjeté également dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et, en particulier, sur la suppression du droit à la rente à partir du 1er avril 2006.

6. 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. 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; voir également ATF 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, ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

7. a) Pour pouvoir calculer le 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en compa-

rant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

b) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

c) 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 LPGA), 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

d) Ainsi, 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 353 consid. 3b/bb).

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assu-

reur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

8. En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'invalidité de la recourante s'est modifiée de façon à influencer son droit à la rente pour la période dès le 1er avril 2006, ce qui suppose une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 LPGA). Pour ce faire, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale d'octroi de rente avec ceux existant au moment de la décision sur opposition litigieuse.

   Par décision du 20 juin 2001, l'intimé a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité pour le mois de juin 2001, puis, par décision du 9 juillet 2001, il a reconnu son droit rétroactif à une rente entière d'invalidité du 1er avril 1999 au 31 mai 2001, enfin, par décision du 22 octobre 2001, il a admis le droit de la recourante à une rente entière pour le mois d'octobre 2001. En revanche, il n'a émis aucune décision formelle relative au droit à une rente d'invalidité pour les mois de juillet à septembre 2001, puis dès le mois de novembre 2001, bien que, dans les faits, il ait versé une telle rente jusqu'à fin mars 2006. Or, en matière d'assurance-invalidité, la question de la communication des prononcés est régie par l'article 74quater du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 (RAI). Sous réserve des cas d'octroi de prestations sans décision (art. 74ter RAI), tout acte administratif portant sur les prestations ou créances d'un assuré ou sur des injonctions importantes doit être notifié sous la forme d'une décision écrite rendue par l'OCAI (art. 49 al. 1 LPGA). Toutefois, l'octroi d'une rente entière ne fait pas partie du catalogue des prestations pouvant être accordées ou prolongées sans notification d'une décision (art. 74ter RAI). Etant donné que, dans les faits, l'intimé a versé au recourant une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2001 au 31 mars 2006, force est de constater qu'il a alloué ces rentes par décision informelle.

   Cela étant précisé, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient en 2001 avec ceux existants lors de la décision sur opposition du 26 avril 2006.

   L'intimé prétend que la rente d'invalidité en 2001 avait été octroyée pour des raisons psychiatriques et que l'examen du SMR en 2004 n'a révélé aucune pathologie psychiatrique invalidante. Il précise que cette rente n'a probablement jamais été justifiée. Quant à la cheville gauche, il soutient que ledit examen a mis en évidence une atteinte significative de cette articulation avec des limitations fonctionnelles dues à une arthrose post-traumatique et que, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière. Pour sa part, la recourante invoque une aggravation de son état de santé en raison de la progression de son arthrose à la cheville gauche et de troubles psychiques post-traumatiques.

La recourante a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité sur la base, notamment, du rapport psychiatrique établi le 20 janvier 2001 par le Dr B_____. Il ressort de ce rapport que la recourante présentait à l'époque un épisode dépressif moyen avec des pleurs, sans idées d'inutilité ou de culpabilité, ainsi qu'une personnalité paranoïaque très évidente se manifestant par des réactions d'irritabilité à la moindre critique, par la conviction de son bon droit et par un rôle de victime. Aussi, l'expert avait-il posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen et de personnalité paranoïaque. Il avait attesté une incapacité de travail entière compte tenu du tableau psychiatrique présenté. Il avait estimé qu'on ne pouvait pas attendre de la patiente la reprise d'une activité lucrative adaptée et que la situation devait être revue au bout d'une année, car un suivi psychiatrique régulier pouvait améliorer la situation clinique et permettre une réadaptation professionnelle à mi-temps. En outre, sur le plan orthopédique, dans son rapport du 13 septembre 1999, le Dr F_____ avait retenu une bonne mobilité de la cheville gauche et des articulations du pied gauche, la présence de cicatrices élargies présentant une hyperesthésie au toucher et des dysesthésies mal systématisées. Il avait constaté radiologiquement un remaniement de type pré-arthrosique de la cheville et du pied. Il avait estimé que la patiente ne pouvait pas travailler à temps complet en tant que sommelière et qu'un poste de travail essentiellement assis avec des déplacements courts lui conviendrait mieux.

Dans leur rapport du 28 septembre 2004, les médecins du SMR ont précisé que, sur le plan psychique, ils n'avaient observé ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni trouble phobique. En revanche, ils ont noté que l'assurée se positionnait dans un rôle de victime très agressive et projective qui demandait réparation tout de suite. Sur le plan physique, ils ont constaté une perte de mobilité de la cheville gauche dans toutes les directions ainsi que des douleurs et une hypersensibilité avec dysesthésie à la palpation des cicatrices, enfin, une hyposensibilité de tout le bras gauche et du mollet gauche. Ils ont diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité émotionnellement labile type impulsif (F 60.30) avec des traits paranoïaques, non décompensée, une arthrose post-traumatique de la cheville gauche (M 19.7), d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, des dorso-lombalgies non spécifiques dans le cadre d'un discret trouble de la statique et d'une dysbalance musculaire avec insuffisance posturale ainsi qu'une discrète périarthrite scapulo-humérale gauche. Quant aux limitations fonctionnelles physiques, ils ont retenu la nécessité, d'une part, d'éviter la position statique prolongée debout, les déplacements à longue distance ou répétés et sur terrains accidentés, la montée/descente d'escaliers et de pentes, d'autre part, de limiter le port de charges à dix kilos occasionnellement et à cinq kilos de façon répétée. Ils ont conclu à l'existence d'une incapacité de travail entière depuis juin 1999 dans l'activité de sommelière et à une capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée, à savoir dans une profession ne demandant pas de position prolongée debout ou des déplacements fréquents.

Les conclusions des médecins du SMR contenues dans leur rapport du 28 septembre 2004 et du 10 novembre 2005 ne sont pas convaincantes, car il est difficilement compréhensible que, chez une assurée souffrant d'une arthrose avancée de la sous-astragalienne gauche (cf. rapport du Dr G_____ du 14 juillet 2003), qui entraîne une marche avec importante boiterie, et présentant des douleurs neurogènes importantes, les médecins puissent retenir une capacité résiduelle de travail de 100% sans diminution de rendement. En effet, on conçoit avec peine que la recourante puisse avoir un rendement de 100% dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles, car, même dans une activité principalement assise, elle sera parfois amenée à se déplacer malgré son importante boiterie et sera gênée par les douleurs neurogènes importantes, toutes conséquences qui ne peuvent que l'entraver dans son rendement. Par ailleurs, le Tribunal ne peut pas suivre le Dr M_____ lorsqu'il met en doute les conclusions du Dr L_____ contenues dans son rapport du 8 septembre 2005 mentionnant une décompensation sur le mode anxio-dépressif suite à la dernière hospitalisation du 25 août 2004 avec développement d'un état dépressif grave, crises de panique aigues, alcoolisation à titre sédatif, puis alcoolisme chronique. Au contraire, il est surprenant que la Dresse J_____ n'ait constaté aucun signe de la lignée dépressive, aucune angoisse persistante ni attaque de panique, alors qu'à cette époque, selon le Dr L_____, la recourante présentait précisément de l'angoisse, de l'insomnie et un état dépressif grave qui ont nécessité une hospitalisation avec, à la sortie en octobre 2004, l'instauration d'un traitement antidépresseur. De plus, il précise que la patiente souffre d'un état anxio-dépressif post-traumatique depuis 2002. Devant une telle divergence des constatations médicales faites à la même période, il n'est pas possible d'accorder une valeur probante aux rapports des médecins du SMR, car les diagnostics posés par le Dr L_____, ses constatations ainsi que son pronostic réservé constituent des indices permettant de douter fortement de la pertinence de l'appréciation de la Dresse J_____. Pour ces diverses raisons, les conclusions des médecins du SMR ne sont pas convaincantes de sorte que leurs rapports médicaux ne sauraient revêtir une force probante suffisante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

En réalité, depuis 2001, l'état de santé de l'assurée s'est péjoré. En effet, selon le dossier médical, l'arthrose de sa cheville gauche s'est aggravée puisqu'elle a passé d'un stade pré-arthrosique en 1999 à un stade avancé existant en tout cas depuis 2003. En outre, depuis 2002, l'assurée présente un état anxio-dépressif post-traumatique avec, à partir d'août 2004, développement d'un état dépressif grave accompagné de crises de panique aigues, qui a généré une alcoolisation à titre sédatif, puis un alcoolisme chronique. En conséquence, le Tribunal ne peut que constater que l'OCAI a statué sans tenir compte de ces nouveaux éléments, alors que 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).

9. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

   Etant donné que l'intimé n'a pas tenu compte de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, il a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais, de plus, il a failli à son devoir d'instruction d'office ressortant de l'art. 43 al. 1 LPGA, en vertu duquel l'assureur prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. supra consid. 7b). Au regard de ce qui précède, il apparaît donc opportun de lui renvoyer le dossier pour qu'il mette en œuvre une expertise extérieure pluridisciplinaire répondant aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux et mandate à cet effet un psychiatre ainsi qu'un orthopédiste avec pour mission, notamment, d'établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis 2001 (cf. ATFA non publié du 11 mai 2006, I 553/05, consid. 2.3).

10. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et le dossier renvoyé à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise externe auprès d'un psychiatre et d'un orthopédiste, au sens des considérants. Ceci fait, au cas où les experts admettraient que la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail qu'elle pourrait mettre en pratique, l'intimée organisera un stage d'observation professionnelle et, si nécessaire, des mesures de réadaptation professionnelle seront entreprises. .

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule les décisions de l'OCAI des 6 février et 26 avril 2006.

4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière — La Présidente

Marie-Louise QUELOZ — Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le