

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2055/2006

ATAS/639/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 5 juin 2007

En la cause

Madame Michèle SALZMANN, domiciliée 20C, route de
Vandoeuvres, 1223 COLOGNY

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis 97,
rue de Lyon, case postale 425, 1211 GENEVE 13

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente, Christine BULLIARD et Bertrand REICH,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame Michèle SALZMANN, née en mars 1955, travaille depuis 1995 en qualité de remplaçante enseignante dans les écoles primaires du canton de Genève.
2. En date du 30 juin 2002, l'assurée a été victime d'un accident non professionnel. Elle a chuté violemment en arrière dans le fond d'un bateau et a subi une contusion cervicale et lombaire.
3. Le 29 juin 2003, l'assurée a fait une chute à vélo, se blessant au coude et au genou gauches, à la tête, à la nuque et au dos.
4. En date du 28 août 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité, en raison de migraines vertigineuses, provoquant des vertiges, un état comateux, des difficultés de concentration, une intolérance au bruit, une grande fatigue et une agoraphobie. L'atteinte existait depuis 1986. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a rassemblé différentes attestations médicales.
5. Le 16 septembre 2003, l'assurée a subi un troisième accident. Alors qu'elle était assise sur un fauteuil de jardin, celui-ci s'est cassé et elle est tombée à la renverse sur la nuque et le dos.
6. Dans un rapport du 26 septembre 2003, le Dr RIGHETTI, médecin traitant interniste, a diagnostiqué des migraines vertigineuses partiellement invalidantes depuis plusieurs années, ainsi qu'une aggravation des vertiges depuis une chute à vélo, le 29 juin 2003. L'incapacité de travail était totale depuis le 29 juin 2003 et l'état de santé stationnaire. Sa patiente ne pouvait travailler qu'à temps partiel (environ 50 %) et l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible, selon l'évolution des vertiges.
7. Dans un rapport du 3 mai 2004 au Dr RIGHETTI, le Dr LIARD, spécialiste ORL, a constaté que le bilan otoneurologique ne montrait, comme seule anomalie, qu'une prédominance nystagmique droite aux examens rotatoires pendulaires et caloriques. Ce médecin pensait que la patiente présentait un état de migraines chroniques.
8. En date du 6 mai 2004, suite à un violent vertige, l'assurée est tombée et s'est enfoncé la branche de ses lunettes dans l'œil.
9. En septembre 2004, l'assurée a été soumise à une expertise rhumatologique, dans le cadre de l'assurance-accidents de son employeur. L'expert ROUX a diagnostiqué des cervicalgies chroniques avec épisodes aigus, des vertiges et instabilités, ainsi que des troubles de la concentration. L'incapacité actuelle de travail était toujours uniquement imputable aux accidents. Il a formulé les remarques suivantes : « Après évaluation, on peut conclure, uniquement du point de vue rhumatologique, que

l'assurée présente des cervicalgies chroniques avec épisodes aigus récidivants, sur dysfonction segmentaire, suite aux trois accidents intervenus depuis 2002. Cette symptomatologie s'inscrit dans un cadre plus large de douleurs chroniques et troubles de la concentration avec vertiges qui se sont installés progressivement depuis les accidents. On se trouve actuellement dans un tableau clinique de douleurs chroniques avec sensations vertigineuses et d'instabilité, ayant entraîné un arrêt d'activité professionnelle et un retrait social important par rapport aux activités antérieures. (...) Du point de vue purement somatique, il existe des éléments dysfonctionnels articulaires postérieurs cervicaux qui ne permettent pas d'expliquer l'important handicap algo-fonctionnel présenté par *l'assurée* ». L'expert a jugé indispensable de compléter son rapport par une évaluation neurologique, neuropsychologique et ORL, ainsi que par un avis psychiatrique au vu du tableau douloureux chronique et du retrait social (cf. rapport d'expertise du Dr ROUX du 21 septembre 2004).

10. Dans un rapport du 23 septembre 2004, le Dr RIGHETTI a relevé que l'état de santé s'était aggravé depuis le printemps de 2004 ; il n'y avait pas de changement dans les diagnostics mais une péjoration des vertiges. L'incapacité de travail était devenue complète en tant qu'institutrice et aucune autre activité n'était adaptée à l'état de santé de la patiente.
11. Dans un courrier du 25 avril 2005 à l'OCAI, le Dr RIGHETTI a indiqué que depuis l'accident de juin 2003, la symptomatologie de la patiente avait changé. Les nuchalgies qui perduraient depuis juin 2002 s'étaient majorées, s'accompagnant de sensations de blocage et empêchant toute activité soit à la maison soit au travail. Depuis juin 2003, les migraines vertigineuses connues depuis 1983 avaient diminué. On se trouvait actuellement en présence d'un état consistant en une sensation d'étourdissement, type "ébrété", constamment cotonneux, sans chutes ni vertiges vrais. Cela empêchait la patiente de se concentrer, de réfléchir, d'assumer les tâches ménagères habituelles et de pratiquer sa profession. Cet état invalidant la rendait dépressive et s'accompagnait de cervicalgies et de nuchalgies à gauche, le tout ayant été majoré après la troisième chute en septembre 2003. Enfin, depuis l'accident de juin 2003, l'assuré souffrait environ une à trois fois par semaine de vertiges rotatoires inconnus avant cette date et d'une durée d'environ une heure, à début brusque et violent, l'obligeant à s'allonger pour éviter les chutes. En conclusion, l'assurée avait présenté depuis 1983 des migraines vertigineuses, habituellement indolores. L'accident de juin 2002 n'avait pas majoré cette symptomatologie, tandis que l'accident de juin 2003 avait fait surgir une autre forme de vertiges, rotatoires, totalement différents des vertiges antérieurs, soit par la forme, l'intensité et la fréquence. C'étaient les sensations constantes et quotidiennes d'étourdissement et d'ébrété depuis l'accident de juin 2003 qui étaient invalidantes pour la patiente.

12. En date des 24 février, 13 et 15 avril 2005, l'assurée a été soumise à une expertise multidisciplinaire, neurologique et psychiatrique, ainsi qu'à un examen neuropsychologique, conduits par le Centre multidisciplinaire de la douleur, dans le cadre de l'assurance-accidents. Les experts ont diagnostiqué une neurasthénie, des cervicalgies chroniques, des céphalées tensionnelles et migraines communes parfois avec aura acéphalalgique atypique, ainsi que des troubles tensionnels dans le contexte d'un probable syndrome de fatigue chronique. Après synthèse des éléments obtenus lors des examens neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, les experts ont constaté que l'atteinte présentée était mineure et qu'aucun lien de causalité entre la symptomatologie invoquée et les accidents ne pouvait être retenu. S'agissant de la capacité de travail, en faisant abstraction de la fixation de l'assurée dans sa conception personnelle de malade, une reprise partielle dans une activité adaptée était théoriquement exigible dès la réception des résultats de l'expertise (cf. rapport d'expertise du 27 juillet 2005).
13. Dans un rapport sans examen clinique du 6 septembre 2005, le SMR Suisse romande, service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a estimé la capacité de l'assurée entière dans sa profession habituelle ou dans toute activité adaptée; il n'y avait aucune limitation fonctionnelle au sens de l'assurance-invalidité.
14. Par décision du 19 septembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations au motif que selon les documents médicaux au dossier, l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail.
15. Par courrier du 17 octobre 2005, l'assurée a formé opposition à la décision du 19 septembre 2005, sollicitant un délai pour la compléter, ce qu'elle a fait en date du 5 décembre 2005. Elle a exposé que l'OCAI n'avait pas tenu compte du fait que les experts ne lui avaient reconnu qu'une capacité résiduelle de travail à temps partiel et a par ailleurs joint un rapport du Dr RIGHETTI du 4 février 2005 adressé aux experts du Centre médical de la douleur, selon lequel l'assurée se sentait chroniquement invalide et dépressive, en arrêt total de travail, en raison de ses nombreux symptômes. Enfin, le rapport du Dr ROSTAN, rhumatologue, du 16 novembre 2005, également annexé, faisait état d'un tableau clinique de fibromyalgie.
16. Par courrier du 14 décembre 2005 à l'OCAI, le Dr RIGHETTI a confirmé les diagnostics relevés dans son courrier du 25 avril 2005. Il a précisé que depuis le printemps 2005, une nouvelle affection avait été diagnostiquée, soit une fibromyalgie. En effet, depuis 9 mois, l'assurée se plaignait de douleurs chroniques spontanées. Les douleurs s'accompagnaient de fatigue chronique et de troubles du sommeil, chez une patiente stressée et déprimée. Un traitement antidépresseur et antalgique était en cours, sans bénéfice évident pour le moment. En conclusion, la patiente était complètement invalide depuis juin 2003 et il y avait lieu d'ajouter le

diagnostic de fibromyalgie aux autres symptômes apparus après les accidents de 2002 et 2003, à savoir les nalgies, les blocages cervicaux intermittents, les sensations vertigineuses, la baisse de la concentration psychique, les sensations d'étourdissement et l'état dépressif.

17. En date du 12 janvier 2006, l'assurée est tombée dans les escaliers menant à la cave de son domicile et a subi un traumatisme crânien cérébral avec petite perte de connaissance, céphalées et vertiges.
18. Dans un rapport du 28 février 2006, le Dr RIGHETTI a indiqué que l'état de santé s'était aggravé et que la patiente présentait toujours une incapacité totale de travail depuis le 29 juin 2003 ainsi qu'une péjoration depuis un an, accentuée depuis le 12 janvier 2006. Aucune reprise de travail n'était possible. La gravité des troubles psychiques ne nécessitait pas de prise en charge psychiatrique. La patiente souffrait de vertiges invalidants, d'un état comateux, de nalgies à gauche avec blocages de la colonne cervicale, d'un état dépressif, d'une fibromyalgie et d'oublis intermittents.
19. Dans un avis sans examen clinique du 10 avril 2006 du SMR, la Dresse BURNIER a relevé que même en présence d'une fibromyalgie et à défaut d'une comorbidité psychiatrique invalidante, il n'y avait pas de nouveaux éléments permettant de revenir sur la décision litigieuse.
20. Par décision du 8 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, se référant à l'expertise, ayant pleine valeur probante, et dont les attestations du médecin traitant ne pouvaient mettre en doute les conclusions.
21. Par courrier du 6 juin 2006, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à l'annulation de la décision sur opposition du 8 mai 2005, ainsi qu'à une reprise d'instruction, puisque son dossier n'avait pas été instruit à satisfaction de droit, et enfin à l'octroi d'une rente, sans devoir payer d'émoluments de procédure. Au vu des nombreuses contradictions contenues dans l'expertise du 27 juillet 2005, celle-ci n'avait en effet aucune valeur probante. Enfin, la recourante a rappelé, que selon son médecin traitant, elle présentait une totale incapacité de travail et qu'elle remplissait les critères jurisprudentiels pour que sa fibromyalgie soit considérée comme invalidante.
22. Dans sa réponse du 21 juin 2006, l'OCAI a relevé que les expertises, bien que sollicitées par l'assureur-accidents, informaient de manière complète sur l'état de santé globale de l'assurée, puisqu'elles déterminaient des diagnostics précis en exposant leurs répercussions sur la vie quotidienne. Constatant qu'aucun des diagnostics retenus par les experts n'était susceptible d'engendrer une incapacité de travail durable, la décision était fondée. Enfin, l'intimé a rappelé que l'état dépressif présenté n'avait pas valeur de comorbidité psychiatrique grave mais constituait une manifestation réactive à la fibromyalgie. S'agissant des autres critères justifiant le

caractère invalidant d'une fibromyalgie, ils n'étaient pas non plus remplis, puisque l'assurée avait maintenu une vie de famille et de couple normaux, tout en conservant une certaine autonomie en se consacrant à une partie des tâches ménagères. Enfin, il n'était pas possible de considérer l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, dans la mesure où l'intéressée n'avait aucun suivi psychiatrique.

23. En date du 29 août 2006, s'est tenue devant le Tribunal de céans une audience de comparution personnelle des parties. La recourante a précisé que depuis 1999, elle travaillait à plein temps au Département de l'instruction publique, jusqu'à son incapacité totale de travail en 2003. L'expertise de juillet 2005 s'était très mal déroulée et les experts n'avaient pas pu prendre en considération le dernier accident subi en janvier 2006, lorsqu'elle était tombée dans les escaliers avec perte de connaissance. Elle souffrait actuellement jusqu'à 10 crises de vertiges par jour et ne pouvaient pratiquement plus conduire. En résumé, elle se trouvait en permanence dans un état cotonneux qui empêchait toute concentration. La fibromyalgie n'était pas au premier plan, en revanche s'ajoutaient au tableau des douleurs cervicales, et une augmentation des blocages suite aux derniers accidents. La recourante ne pouvait plus travailler avec de petits enfants, qui exigeaient qu'on soit alerte, qu'on s'accroupisse et qu'on les porte.

Quant à l'intimé, il s'est référé à l'expertise demandée par l'assurance-accidents qui n'avait retenu comme diagnostic psychiatrique qu'une neurasthénie, qui n'était pas considérée comme une maladie invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Sur ce, le Tribunal de céans a ordonné l'ouverture d'enquêtes avec l'audition du Dr RIGHETTI.

24. En date du 17 octobre 2006, se sont tenues devant le Tribunal de céans des audiences d'enquêtes et de comparution personnelle des parties.

Le Dr RIGHETTI a été entendu à titre de témoin. Il a déclaré suivre la recourante depuis 1983. Avant ses accidents, la patiente avait déjà des vertiges mais qui n'engendraient aucune incapacité de travail. Les neurologues avaient découvert qu'ils étaient dus à des migraines, alors indolores. Depuis le second accident, les migraines étaient devenues intenses et un état cotonneux quasi permanent était survenu, ces troubles empêchant toute activité professionnelle, et handicapant également la patiente dans sa vie quotidienne. Ce médecin pouvait affirmer qu'avant les accidents, l'assurée n'était pas neurasthénique. L'accident de janvier 2006 était différent des trois précédents, dans la mesure où il avait provoqué une perte de connaissance. Le diagnostic de fibromyalgie n'était aujourd'hui plus d'actualité.

L'intimé a pour sa part indiqué que le service du SMR n'avait peut-être pas examiné la capacité de travail de la recourante dans son activité actuelle particulière que

constituait le travail avec de jeunes enfants. Cette question serait soumise aux médecins de l'assurance-invalidité. Quant à la recourante, elle a indiqué qu'elle produirait au Tribunal de céans le rapport du Dr JOLIAT, rhumatologue, qu'elle devait rencontrer le 30 octobre 2006.

25. Par ordonnance du 22 novembre 2006, le Tribunal de céans a invité le SMR à communiquer son appréciation sur les nouvelles pièces du dossier, après avoir, le cas échéant, contacté le Dr JOLIAT, ceci dans un délai imparti au 10 novembre 2007.
26. Par courrier du 24 novembre 2006, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans les pièces reçues de l'assurance-accidents ainsi que le mandat adressé au SMR.
27. Par courrier du 4 décembre 2006, la recourante a relevé que les documents transmis par l'intimé ne mentionnaient pas qu'elle souffrait de vertiges, d'états d'étourdissement et de manque de concentration.
28. Dans un rapport du 11 décembre 2006, le Dr JOLIAT a diagnostiqué une dorsalgie persistante sur fracture D9 très probable. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : cervicalgies chroniques, céphalées tensionnelles et migraine commune, syndrome douloureux chronique touchant le rachis et les ceintures scapulaire et pelvienne, assimilé à une fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique et vertiges d'origine indéterminée. L'incapacité était totale depuis le 12 janvier 2006 et l'état de santé stationnaire. L'activité exercée jusqu'alors pouvait encore être exigible à raison de quatre heures par jour (travail à mi-temps). Il était possible d'améliorer la capacité de travail par un aménagement du poste et un traitement médical. Tout port de charges supérieures à 15 kilos était prohibé. Dans une activité adaptée, la capacité pouvait être entière (8 heures par jour) avec une diminution de rendement.
29. Par courrier du 8 janvier 2007, la recourante a transmis un rapport du même jour du Dr JOLIAT, selon lequel la douleur dorsale, survenue suite à l'accident du 12 janvier 2006, ne pouvait à elle seule constituer une invalidité permanente.
30. Par courrier du 10 janvier 2007, l'intimé a transmis des avis sans examen clinique du SMR des 27 novembre et 18 décembre 2006. La Dresse BURNIER y répondait aux questions que l'OCAI lui avait posées. Elle a expliqué que la recourante présentait un trouble purement subjectif. Les investigations n'avaient mis en évidence aucune séquelle à ses chutes. Il était exclu de reconnaître une incapacité totale de travail en raison de 5 chutes sans gravité en 4 ans. Les indications données par l'assurée constituaient une version subjective de ses croyances. Les experts du Centre de la douleur n'avaient d'ailleurs pas conclu à une atteinte invalidante. Ils avaient diagnostiqué une neurasthénie, affection mineure non invalidante. Ils n'avaient pas parlé de sinistrose, mais l'on pouvait lire ce diagnostic entre les lignes, eu égard aux nombreuses incohérences et contradictions, à l'exagération des

symptômes et au manque de motivation à suivre les consignes. La recourante avait consulté dès 1995 pour les mêmes symptômes plusieurs neurologues qui n'avaient pas trouvé de cause à ses allégations subjectives; elle avait d'ailleurs pu travailler jusqu'en 2003. Enfin, le Dr ROSTAN faisait état d'une fibromyalgie, qui n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité, en l'absence de toute pathologie psychiatrique. S'agissant de l'attestation du Dr JOLIAT du 11 décembre 2006, dans laquelle il diagnostiquait une probable fracture D9 existant depuis l'un des accidents, ses conclusions étaient en contradiction avec les constats de la Clinique des Grangettes suite aux radiographies du 12 janvier 2006. De surcroît, la recourante ne s'était jamais plaint d'une douleur élective de la 9^{ème} vertèbre dorsale. Dès lors il ne pouvait être accordé aucune valeur probante à l'appréciation de ce praticien.

31. Dans ses observations du 30 janvier 2007, la recourante a relevé que l'assurance-invalidité ne reconnaissait toujours pas les multiples troubles qui l'affectaient depuis de nombreuses années et l'incapacité de travail qui s'en suivait. L'intimé se bornait à dire que l'avis du Dr JOLIAT était en contradiction avec les constatations de la Clinique des Grangettes, ce qui n'était pas exact. Elle a par ailleurs fait valoir que l'OCAI devait tenir compte des rapports de ses médecins traitants. Pour le surplus, elle s'est référée à son recours du 6 juin 2006.
32. Sur ce, le Tribunal de céans a informé les parties, par courrier du 1er février 2007, que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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).
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 8 mai 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA, est recevable.
5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

b) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités).

c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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 la jurisprudence citée).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des

règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

6. Il convient en l'occurrence de déterminer si la recourante présente des atteintes à sa santé invalidantes lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Se trouvent au dossier de nombreuses attestations des médecins traitants, notamment des Drs RIGHETTI et JOLIAT, une expertise rhumatologique de septembre 2004 faite dans le cadre de l'assurance-accidents ainsi qu'une expertise pluridisciplinaire, complétée par des examens neurologique, neuropsychologique et psychiatrique datant de juillet 2005, également effectuée dans le cadre de l'assurance-accidents.

Il convient tout d'abord de constater que ces expertises ont pleine valeur probante au regard des critères jurisprudentiels dégagés par le Tribunal fédéral des assurances. Les experts concluent en juillet 2005 à la possibilité d'une reprise

partielle dans une activité adaptée. Ils ne se prononcent cependant pas sur le taux de cette reprise et sur le type d'activités adaptées aux troubles de la recourante.

Par ailleurs, il convient de relever que le médecin traitant a bien expliqué quel était le type de troubles présentés par la recourante. Il s'agit depuis l'accident de juin 2003 de vertiges rotatoires, consistant en des sensations constantes et quotidiennes d'étourdissement et d'ébriété, qui sont invalidantes, ainsi que de nuchalgies, de blocages cervicaux intermittents et de baisse de la concentration. En décembre 2003, le Dr RIGHETTI annonce toutefois une nouvelle affection, soit une fibromyalgie. Il explique cependant devant le Tribunal de céans lors d'une audience d'enquêtes, que ce diagnostic n'est plus d'actualité. Le Dr JOLIAT, rhumatologue, s'est également exprimé à ce sujet, indiquant que cette symptomatologie (la fibromyalgie), est de peu d'importance, puisqu'elle n'influence pas la capacité de travail. Aussi faut-il retenir que la symptomatologie principale présentée par la recourante consiste en des vertiges rotatoires et des nuchalgies notamment qui, selon les experts, l'empêchent d'exercer son activité actuelle d'institutrice auprès de petits enfants. En effet, l'activité auprès de jeunes enfants suppose la faculté de se baisser fréquemment, ce qui provoque des vertiges chez la recourante. C'est d'ailleurs ce qu'ont retenu les experts en 2005, puisqu'ils constatent que seule une activité adaptée est exigible et non plus l'activité habituelle d'institutrice. Devant le Tribunal de céans, la recourante explique en outre également qu'elle ne peut plus travailler avec de petits enfants qui exigent qu'on soit alerte, qu'on s'accroupisse et qu'on les porte, ce qui relève du bon sens.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que la symptomatologie médicale de la recourante a été suffisamment investiguée, dans le cadre des expertises diligentées par l'assurance-accidents. Cependant, en l'état du dossier, force est de constater qu'il n'est pas possible de déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée, au bénéfice d'un CFC de commerce, soit d'établir quelles seraient les activités adaptées à son état de santé, et à quel taux. En effet, non seulement les experts ne se prononcent-ils pas sur le taux de capacité résiduelle, mais encore les médecins traitants sont-ils d'avis contradictoires. Le Dr RIGHETTI estime sa patiente totalement incapable de travailler pour toute activité et même pour certaines tâches ménagères et le Dr JOLIAT estime quant à lui que l'activité exercée jusqu'alors est encore exigible à raison de quatre heures par jour.

Le Tribunal de céans renverra donc le dossier à l'OCAI pour complément d'instruction sous forme de stages professionnels qui tiendront compte du CFC de commerce de la recourante et qui viseront à déterminer de façon concrète quelles sont les activités adaptées à son handicap, et à quel taux celles-ci peuvent être effectuées, conformément au principe jurisprudentiel selon lequel un assuré doit mettre à contribution sa capacité résiduelle de travail. Sur ce, l'intimé rendra une nouvelle décision. Ces mesures professionnelles veilleront à placer la recourante

dans une situation réelle, permettant de vérifier quelle est sa capacité de concentration dans le cadre d'une activité le bureau, notamment.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.
3. Renvoie le dossier à l'OCAI pour complément d'instruction sous la forme de stages professionnels et nouvelle décision.
4. L'émolument, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé.
5. 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

La présidente

Pierre RIES

Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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