RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1588/2002 **ATAS/328/2003**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 10 DECEMBRE 2003

4ème Chambre

En la cause

Madame P_____, comparant par Maître Catherine GAVIN,
en l'étude de laquelle elle élit domicile recourante

contre

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

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente

Monsieur Roger LOZERON et Mme Florence BRUTSCH, juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame P_____, née en avril 1947, a travaillé pour l'entreprise X_____ en qualité d'ouvrière spécialisée en électronique du 1er avril 1981 au 31 juillet 1995, à raison de 38 heures par semaine (horaire normal de l'entreprise : 42,5 heures hebdomadaires) ; elle a été licenciée suite à la cessation d'activité de l'entreprise (pièce 3, fourre 5 OCAI) .

2. Elle a subi une neurolyse du nerf médian au canal carpien et du nerf cubital au canal de Guyon, à droite, en avril 1995 et a présenté une incapacité totale de travail à partir du 26 avril 1995 en raison de douleurs dans les deux bras.

3. L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 12 octobre 1995 (pièce 1, fourre 2 OCAI).

4. Elle a consulté différents médecins, notamment les Dr A_____, B_____, C_____, internistes, D_____, spécialiste en maladies rhumatismales ; elle est récemment suivie par le Dr E_____, interniste.

5. Le Dr C_____ a dressé un rapport, le 17 novembre 1995, à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) ; l'état de santé de la patiente était susceptible d'amélioration et cette dernière avait présenté une incapacité totale de travail du 26 avril au 16 juillet 1995 (pièce 3, fourre 3 OCAI).

6. Le Dr D_____ a également établi un rapport, le 14 avril 1997, dans lequel il pose les diagnostics suivants : douleurs séquellaires invalidantes après neurolyse du nerf cubital droit (avril 1995) et status après neurolyse du nerf médian droit à la même date. Sa patiente présentait une incapacité totale de travail depuis le 27 avril 1995 et était dans l'impossibilité de reprendre une quelconque activité professionnelle (pièce 10, fourre 3 OCAI ; cf. également courrier du Dr D_____ au Dr A_____ du 25 octobre 1996 ; pièce 8, fourre 3 OCAI).

7. En raison de l'avis contradictoire des deux médecins traitants, l'OCAI a ordonné une expertise médicale, conduite en date des 12 novembre et 10 décembre 1999 par le Dr F_____. Dans son rapport d'expertise du 14 janvier 2000, ce dernier a diagnostiqué un status après neurolyse du [nerf] médian pour un syndrome du tunnel carpien à droite (1995), un status après neurolyse du nerf cubital et épitrochlectomie au coude droit, des troubles sensitifs résiduels du nerf cubital à droite, un syndrome du tunnel carpien à gauche à l'examen neurographique (asymptomatique), des lombalgies ainsi qu'un état dépressif. Quant à la capacité de travail, il a formulé les remarques suivantes : « Au vu de l'examen clinique de ce jour et du bilan neurologique, il ne semble y avoir aucune raison objectivable justifiant une incapacité de travail de 100% dans toute activité

répétitive ne nécessitant pas de gros efforts, telle que celle d'une ouvrière dans une usine de circuits imprimés. Cependant, on peut admettre une légère diminution de la capacité de travail en relation avec le syndrome douloureux persistant au niveau du membre supérieur droit et corrélé partiellement par les troubles sensitifs neurographiques du nerf cubital à droite. Dans ce type de travail, la diminution de la capacité de travail se situe autour de 25%. (…) Un reclassement professionnel ne paraît pas nécessaire, la patiente étant apte à effectuer des petits travaux ne nécessitant pas d'efforts, tel que du travail à la chaîne dans une usine ». L'assurée était capable de reprendre son activité professionnelle au plus tard une année après l'intervention d'avril 1995, soit en avril 1996 (pièce 13, fourre 3 OCAI, p. 9 et 11).

8. Suite à cette expertise, l'OCAI a communiqué à l'assurée, en date du 22 février 2000, un projet d'acceptation de rente pour l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 27 avril au 31 juillet 1996. L'intéressée a contesté ledit projet.

9. L'OCAI a alors ordonné une deuxième expertise après du Dr F_____, qui a examiné l'assurée les 14 décembre 2000 et 29 janvier 2001. Dans son rapport du 10 avril 2001, l'expert a posé les diagnostics suivants : douleurs neurogènes dans le territoire du nerf cubital à droite, troubles de l'adaptation, neuropathie du nerf cubital au coude droit depuis 1983, status post-neurolyse du nerf cubital et post-épitrochlectomie du coude droit avec apparition de troubles sensitifs résiduels (1995), status post-neurolyse du nerf médian pour un syndrome du tunnel carpien à droite (1995), syndrome du tunnel carpien à gauche (asymptomatique), lombalgies, diabète, ménopause substituée, métatarsalgie droite (fracture de stress 3ème métatarsien). L'état de santé de la patiente était superposable à celui de décembre 1999 (première expertise). Le Dr F_____ a estimé la capacité de travail de l'expertisée totale, dans une activité adaptée s'exerçant principalement en position assise, n'exigeant pas d'efforts et évitant également les travaux répétitifs à la chaîne, avec cependant une diminution du rendement en raison des douleurs du membre supérieur droit se situant autour de 33% ; un travail de téléphoniste, réceptionniste ou de caissière de cinéma paraissait parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles de la patiente. Enfin, l'état de santé paraissait stabilisé, comme le démontrait l'absence d'évolution entre les examens de 1999 et de 2001 ; le pronostic était réservé (pièce 17, fourre 3 OCAI).

10. Par décision du 7 juin 2002, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er avril au 31 juillet 1996.

11. Par courrier du 8 juillet 2002, Madame P_____ a recouru contre cette décision, concluant sous suite de dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er avril 1996 et subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er avril au 31 juillet 1996 puis à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1er août 1996. Elle a fait valoir que le

Dr D_____ avait estimé sa capacité de travail à 0% ; quant au Dr C_____, il avait à tort indiqué qu'elle avait recouvré une capacité entière de travail à partir du 16 juillet 1995, car il avait cru, à tort, qu'elle avait repris son activité professionnelle. Enfin, la recourante a relevé que la psychologue de l'OCAI, Madame G_____, avait estimé que seule une activité de caissière de cinéma pouvait être envisageable pour elle, une activité de téléphoniste ou de réceptionniste n'étant, du point de vue de ses capacités professionnelles, pas exigible. Cette dernière avait alors procédé à la comparaison des revenus avant et après invalidité, qui avait mis en évidence un taux d'invalidité de 55%, donnant droit à une demi-rente ; l'OCAI aurait dès lors dû lui octroyer ces prestations, ce qu'il n'avait pas fait.

12. Dans des observations complémentaires du 15 août 2002, la recourante a rappelé qu'elle présentait, selon le Dr D_____, une incapacité totale de travail depuis le 25 octobre 1996. Enfin, elle rencontrait également des empêchements dans la tenue de son ménage, notamment pour laver les vitres, passer l'aspirateur et effectuer ses courses.

13. Par courrier du 20 août 2002, la recourante a réduit ses prétentions au vu de l'appréciation faite par le Dr E_____, nouveau médecin-traitant, qui estimait qu'elle pouvait travailler à 50% dans une activité légère, sans port de charge et sans mouvement répétitif (pièce 1p (?), chargé recourante) ; elle a conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1er avril 1996.

14. Dans un préavis du 22 novembre 2002, l'OCAI a proposé de confirmer sa décision du 7 juin 2002, en tant qu'elle portait sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er avril au 31 juillet 1996, ainsi que de reconnaître à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1er janvier 2002. En effet, dans son premier rapport d'expertise du 14 janvier 2000, le Dr F_____ avait reconnu l'assurée apte à reprendre son activité professionnelle à partir d'avril 1996, soit une année après l'intervention d'avril 1995, à un taux de 75%, dans son ancienne activité professionnelle, comme ouvrière dans une usine d'impression de circuits électroniques. Comme la recourante présentait une incapacité totale de travail depuis le 26 avril 1995, elle avait droit à une rente entière d'invalidité du 1er avril 1996 - soit une année après le délai de carence de l'art. 29 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité - jusqu'à trois mois après la modification du degré d'invalidité intervenu en avril 1996. Sur la base de la deuxième expertise du Dr F_____, qui avait estimé l'incapacité de travail de l'expertisée à 33% à partir de janvier 2001, l'OCAI avait reconnu à la recourante un degré d'invalidité de 55% sur la base d'une comparaison des revenus avant et après invalidité et proposait de la mettre au bénéfice d'une demi-rente après le délai de carence d'une année, soit dès le 1er janvier 2002.

15. Dans des observations du 20 décembre 2002, la recourante a fait valoir que l'OCAI, lui reconnaissant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er janvier 2002, devait rendre sans retard une décision confirmant ce droit, ce qui rendrait le recours sans objet pour la période postérieure au 1er janvier 2002.

16. Par courrier du 16 janvier 2003, l'OCAI a maintenu sa position telle qu'exprimée dans son préavis pour la période du 1er avril 1996 au 31 décembre 2001. Il a en outre expliqué que la décision litigieuse avait été rendue le 7 juin 2002, sur la base d'un prononcé et d'une motivation datés du 8 novembre 2001. Or, à cette époque, le délai de carence d'une année pour l'ouverture du droit à la demi-rente n'était pas encore échu, c'est pourquoi sa décision ne tenait pas compte du droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité à partir du 1er janvier 2002. L'OCAI a enfin relevé que la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité avait la compétence de se prononcer sur l'ensemble des faits intervenus jusqu'à la date de la décision contestée (7 juin 2002).

17. Dans des observations du 10 février, 1er avril et 2 septembre 2003, la recourante a persisté dans ses motivations et conclusions.

EN DROIT

1.a Il convient au préalable de préciser que la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et qu'un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1er août 2003, statuant en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (cf. art. 1, let. r et 56V, al. 1, let. a, ch. 2 LOJ). Conformément à l'art. 3, al. 3 de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, entrée en vigueur le 1er août 2003, la présente cause, introduite le 8 juillet 2002 et pendante devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales.

1.b. Le Tribunal de céans constate en outre que le recours, interjeté en temps utile, est recevable à la forme, conformément aux art. 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS).

2. 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 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-invalidité. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure toutefois déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation

de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 125 V 467 consid. 1 ; 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels l'autorité de recours peut être amenée à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b).

3.a Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28, al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28, al. 1bis LAI).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi ; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss. ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

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. 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; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif 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 judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la

pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, 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 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32 et ss. et les références).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.).

A cet égard, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, l'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualités actuelles ? in RSAS 1999, p. 37 et ss.). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 et ss.).

3.b En l'occurrence, la recourante a été soumise à deux expertises médicales effectuées par le Dr F_____, en décembre 1999 et janvier 2001. Dans son rapport d'expertise du 10 avril 2001, l'expert mentionne que l'état de santé de l'expertisée est tout à fait superposable à celui de décembre 1999 ; il ne constate aucune modification notable dudit état. Les diagnostics principaux sont identiques : un status post neurolyse du nerf cubital et post épitrochlectomie du coude droit avec apparition de troubles sensitifs résiduels (1995), un status post neurolyse du nerf médian pour un syndrome du tunnel carpien à droite (1995), des troubles sensitifs résiduels du nerf cubital à droite, un syndrome du tunnel carpien à gauche (asymptomatique), ainsi que des lombalgies. L'expert évalue cependant de manière différente la capacité de travail de l'assurée, ainsi que les activités adaptées à son état de santé. En janvier 2000, il estime que la patiente serait capable d'effectuer un travail répétitif d'ouvrière d'usine, mais ne demandant pas d'efforts, à 75% (plein temps avec une diminution de rendement de 25%). La

recourante présente ainsi à son avis une capacité de travail totale dans son ancien métier d'ouvrière spécialisée en électronique, moyennant la baisse de rendement sus-mentionnée. En revanche, dans sa deuxième expertise, il estime la baisse de rendement à 33%, dans un travail adapté uniquement. L'expertisée serait selon lui capable d'effectuer une activité s'exerçant principalement en position assise, n'exigeant pas d'efforts et évitant également les travaux répétitifs à la chaîne ; un travail de téléphoniste, réceptionniste ou caissière de cinéma serait adapté aux limitations fonctionnelles de la patiente. Dans sa deuxième expertise, le Dr F_____ souligne en outre la difficulté d'évaluer la capacité de travail, qui selon lui, dépend du rythme de travail exigé. Il n'explique cependant aucunement pourquoi en décembre 1999, il juge la recourante capable de travailler dans son ancien métier à 75% et en 2001, il estime cette activité incompatible avec son état de santé. Il formule uniquement les remarques suivantes : « Les douleurs neurogènes au niveau du membre supérieur droit entraînent probablement une diminution de rendement dans des travaux répétitifs, dont il est important qu'ils ne nécessitent pas de force. La diminution du rendement est évidemment difficile à évaluer. Je l'avais estimée à 25% dans mon rapport du 14 janvier 2000 ; elle se situe certainement, à mon avis, en dessous de 50% mais dépend également du rythme de travail exigé et donc difficile à fixer précisément. C'est la raison pour laquelle j'estime qu'il serait plus facile pour la patiente d'effectuer un travail moins répétitif » (pièce 17, fourre 3, OCAI, p. 7 et 8).

3.c Le Tribunal de céans ne peut que constater les contradictions importantes entre les deux expertises, en ce qui concerne la diminution de rendement et les activités adaptées, ceci alors que l'état de santé n'a subi aucune modification notable entre les deux expertises. Or, ces différentes appréciations ont une incidence sur le degré d'invalidité de la recourante.

Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le TFA a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves, notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que 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 des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si des documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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.

3.d En l'occurrence, au vu des contradictions importantes contenues dans les deux rapports d'expertise, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de se forger une opinion ; en effet, il ne peut s'appuyer sur aucun élément particulier qui lui permettrait de se fonder sur les conclusions d'une expertise plutôt que de l'autre. Il ne saurait ainsi en l'état estimer ni la capacité de travail de la recourante, ni les activités adaptées à son état de santé, afin de déterminer son taux d'invalidité.

Il conviendra donc de renvoyer le dossier à l'OCAI, afin qu'il ordonne une expertise au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité à Lausanne (le COMAI), lors de laquelle l'assurée devra être examinée par un expert en chirurgie ainsi qu'un neurologue qui poseront des diagnostics, détermineront précisément la capacité de travail exigible, les activités adaptées, ainsi que, le cas échéant, la date à partir de laquelle la capacité de travail a subi une diminution ; l'OCAI rendra sur la base de cette sur-expertise une nouvelle décision.

4. Au vu de ce qui précède, le recours est admis sans préjudice pour l'une ou l'autre des parties, dans les sens des considérants.

* * *

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Reçoit le recours ;

Au fond :

2. Admet le recours sans préjudice pour l'une ou l'autre des parties ;

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour la mise en œuvre d'une expertise COMAI et nouvelle décision;

4. Dit que la procédure est gratuite ;

5. Alloue à la recourante la somme de Fr. 1'000,- à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de sa mandataire;

6. 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 qu'elle 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).

Le greffier :

Walid BEN AMER

La Présidente :

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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