



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1642/2002

ATAS/165/2003

**ORDONNANCE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 23 octobre 2003**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

**Madame P** \_\_\_\_\_, représentée par FORUM SANTE, Boulevard Helvétique 27,  
1207 GENEVE, recourante.

contre

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE**, Case postale 425, 1211  
GENEVE 13, intimé.

**Siégeant :** Mme Valérie MONTANI, Présidente, Mme Violaine LANDRY-ORSAT et  
Mme Teresa SOARES, juges assesseurs.

### EN FAIT

1. a. Le 28 novembre 2000, Mme P\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'allergies survenues en 1994, date de son début d'apprentissage de coiffeuse. Elle était devenue plus allergique après son accouchement le 29 juin 2000. Elle demandait une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession.  
  
b. Mme P\_\_\_\_\_ exerçait la profession d'esthéticienne jusqu'en février 2000, date à la quelle elle a été en incapacité de travail totale, suite à sa grossesse qui avait augmenté ses allergies. Son contrat de travail a pris fin le 31 décembre 2000, par un licenciement.
2. a. Le 15 novembre 2001, le Dr. A\_\_\_\_\_, allergologue et immunologue FMH, a rendu un rapport médical selon lequel Mme P\_\_\_\_\_ souffrait de « dermite de contact systémique, prurit généralisé avec eczéma diffus, lésions de type eczéma sur les quatre membres, tronc thorax et cou. Epargne le visage ».

Mme P\_\_\_\_\_ avait fait un choc anaphylactique de stade 4 sur une allergie au latex et présentait une hypersensibilité de type retardé aux teintures capillaires ainsi qu'à plusieurs cosmétiques.

Le médecin relève que le pronostic quant à l'eczéma reste réservé malgré la prise en charge médicale. La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées. L'incapacité de travail était totale depuis avril 1997 comme coiffeuse ou esthéticienne.

- b. Le 20 janvier 2001, Mme P\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI en mentionnant un eczéma généralisé et une allergie au latex. Elle requérait toujours une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession.
3. a. Le 22 janvier 2002, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a rendu un projet de décision rejetant la demande de prestations. Il était relevé que Mme P\_\_\_\_\_ pouvait exercer toute activité sans contact avec des produits cosmétiques et le latex, comme vendeuse, ouvrière d'usine ou travailler dans l'horlogerie, sans perte de gain par rapport à son salaire d'esthéticienne.  
  
b. Un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'AI (DRP) du 22 janvier 2001, signé par Mme ABRIEL, psychologue, propose de refuser des mesures de reclassement dans une nouvelle profession. Celle-ci relève que

---

l'assurée ne désirait pas bénéficier actuellement de l'aide au placement mais d'une formation. Elle avait été conseillée de prendre contact avec l'assurance-chômage pour la prise en charge de cours et la recherche d'un emploi.

4. Le 1<sup>er</sup> février 2002, le Dr. A\_\_\_\_\_ a attesté que Mme P\_\_\_\_\_ présentait non seulement une allergie à certains produits cosmétiques et au latex mais aussi un eczéma généralisé et chronique sans exposition particulière à un produit. Elle était également allergique au thiurame, nickel, kathon, parfums, formaldéhyde et au p-phénylènediamine, substances fréquentes dans l'environnement. Le travail dans l'horlogerie ou comme ouvrière d'usine était à éviter à tout prix. Il estimait que la demande AI de la patiente devait être réévaluée.
5. Suite à son projet de décision, l'OCAI a entendu Mme P\_\_\_\_\_ à la demande de celle-ci et relevé qu'elle présentait un eczéma très important sur les bras, le cou et le dos. Elle était éprouvée physiquement et pleurait beaucoup. Elle avait relevé qu'elle ne pouvait plus travailler, son état s'étant péjoré.
6. a. Par décision du 22 mars 2002, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de Mme P\_\_\_\_\_ en relevant, d'une part, qu'étant apte à être placée malgré l'atteinte à sa santé, elle ne pouvait prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle et, d'autre part, que le salaire d'une activité compatible avec sa santé, comme celui de vendeuse, n'entraînait aucune perte de gain par rapport à celui d'esthéticienne. L'OCAI admettait qu'un travail dans l'horlogerie ou comme ouvrière d'usine n'était pas possible.  
  
b. Selon un rapport de la DRP du 21 mars 2002, il était proposé de refuser à Mme P\_\_\_\_\_ un reclassement professionnel.
7. Le 4 avril 2002, le Dr. A\_\_\_\_\_ a écrit à l'OCAI en relevant que depuis novembre 2000, date de la demande de prestations AI de l'intéressée, des éléments avaient changés. Mme P\_\_\_\_\_ présentait un eczéma très handicapant, même sans travailler, qui était devenu chronique, sans amélioration. Mme P\_\_\_\_\_ était donc une malade chronique à part entière. D'un point de vue médical, il était difficile voire impossible de la placer pour l'instant et ceci dans n'importe qu'elle activité professionnelle.
8. Le 9 avril 2002, l'OCAI a répondu au Dr. A\_\_\_\_\_ qu'il considérait que Mme P\_\_\_\_\_ pouvait exercer une activité dans la vente sans restriction aucune et que sa décision du 22 mars 2002 était maintenue.
9. Le 19 avril 2002, Mme P\_\_\_\_\_ a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 22 mars 2002 en concluant à la reconnaissance d'une invalidité de 100 %. Le Dr. A\_\_\_\_\_ avait attesté le 1<sup>er</sup> février 2002 de la péjoration de

---

son état de santé, puis avait conclu le 4 avril 2002 à l'impossibilité de travailler dans n'importe quelle activité. Elle ne dormait plus en raison de ses douleurs. L'aspect médical du dossier reposait uniquement sur les avis du Dr. A\_\_\_\_\_ dont la pertinence n'avait pas été contestée.

10. Le 1<sup>er</sup> juillet 2002, l'OCAI s'est opposé au recours en rappelant les motifs de sa décision et en relevant qu'il était disposé, si l'assurée le souhaitait, à mettre celle-ci au bénéfice d'une aide au placement au sens de l'art. 18 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (RS 831.20 – LAI).
11. Le 15 août 2002, la recourante a répliqué en relevant que l'OCAI n'avait pas tenu compte du dernier rapport du Dr. A\_\_\_\_\_ du 4 avril 2002 qui attestait de l'aggravation de son état de santé.
12. Le 29 septembre 2003, le Tribunal cantonal des assurances sociales a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise et leur a fixé un délai pour qu'elles se déterminent sur la mission d'expertise ainsi que sur l'expert choisi.
13. Les 6 et 9 octobre 2003, respectivement l'OCAI et la recourante ont contesté l'expert choisi en raison du fait qu'il était spécialisé dans les allergies respiratoires alors qu'il se justifiait de nommer un expert en allergies cutanées. Ils ont déclaré ne pas avoir de remarques à formuler sur la mission d'expertise.
14. Suite aux courriers précités, le Tribunal cantonal des assurances sociales a informé les parties, en date du 14 octobre 2003, qu'il entendait confier l'expertise à la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie-allergologie à la policlinique de dermatologie de l'Hôpital cantonal de Genève et a fixé aux parties un délai au 16 octobre 2003 pour qu'elles se déterminent sur ce choix.
15. Le 14 octobre 2003, l'OCAI a déclaré qu'il n'avait pas de remarque à formuler quant au choix de l'experte.
16. La recourante n'a pas transmis de remarques quant au choix de l'experte.

### **EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 3 al. 3 de la loi modifiant la loi sur l'organisation judiciaire du 14 novembre 2002, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2003, la présente cause, introduite le 22 avril 2002 par devant la commission cantonale de recours en matière d'assurance-vieillesse et survivants, d'assurance invalidité, d'allocation pour perte de gain, de prestations fédérales ou cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-

---

invalidité, de prestations cantonales accordées aux chômeurs en fin de droit et d'assurance-maternité (ci-après : la commission AVS/AI) a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales.

b. La loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (RS 830.10 - LPGA) n'est pas applicable en l'espèce, le juge des assurances sociales n'ayant pas à tenir compte des modifications du droit ou de l'état de fait survenues après que la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 consid. 1). Il en est de même des modifications survenues dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 dans la LAI et dans la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (RS 831.10 – LAVS).

c. Le recours, interjeté en temps utile devant la juridiction compétente est recevable, conformément aux articles 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (aLAI) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 ( aLAVS), dans leur teneur valable jusqu'au 31 décembre 2002.

2. a. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263). Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283).

b. Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 85 al. 2 let. c aLAVS et 69 aLAI). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02).

3. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATFA du 6 août 2003 en la cause I 50/03 ; ATF 121 V 366 consid. 1b).

4. a. En l'espèce, la décision litigieuse se fonde uniquement sur les rapports de la DRP et sur l'avis du Dr. A\_\_\_\_\_ dans la mesure seulement où ce dernier mentionne que la recourante ne peut exercer un travail dans l'horlogerie ou comme ouvrière d'usine.

---

b. Au vu des avis médicaux du Dr. A\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> février et 4 avril 2002 selon lesquels l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis novembre 2000, soit antérieurement à la décision de refus de prestations du 22 mars 2002, de telle manière qu'elle ne serait plus capable d'exercer une quelconque activité professionnelle, le Tribunal de céans considère qu'un refus de toute prestation basé uniquement sur les rapports DRP précités, établis par une psychologue, n'est pas fondé. Cependant, les attestations médicales du Dr. A\_\_\_\_\_, bien que très précises dans leur conclusion, sont sommaires et ne sauraient à elles seules fonder l'existence médicale d'une incapacité totale de travailler de la recourante.

5. En conséquence, les faits n'étant pas assez instruits, il convient, conformément à la jurisprudence précitée, d'ordonner une expertise, laquelle sera confiée à la Doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en dermatologie-allergologie, à la policlinique de dermatologie de l'Hôpital cantonal, Rue Micheli-du-Crest 24, 1205 GENEVE.
6. Le sort des frais d'expertise et les frais de justice restera réservé jusqu'à droit jugé au fond.

**PAR CES MOTIFS,**

**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Préparatoirement :**

2. Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse B\_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traités Mme P\_\_\_\_\_.
  - c. Examiner Mme P\_\_\_\_\_. Etablir l'anamnèse du cas. Décrire les plaintes de Mme P\_\_\_\_\_. Etablir le status clinique.
  - d. Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
    - Quelle est précisément l'atteinte à la santé dont souffre Mme P\_\_\_\_\_ ? Depuis quand ?

- 
- Quelles sont les limitations en relation avec les troubles constatés ? Quelle est l'appréciation du cas et le pronostic ?
  - Les plaintes de Mme P \_\_\_\_\_ correspondent-elles au status objectif ?
  - L'état de santé de Mme P \_\_\_\_\_ est-il stabilisé ? Si non, doit-on s'attendre à une amélioration ou à une péjoration ? Un traitement médical pourrait-il améliorer l'état de santé ? Si oui, lequel et dans quel délai ? A-t-il déjà été tenté ? Si oui, depuis quand et avec quels résultats ?
  - L'atteinte à la santé a-t-elle une répercussion sur la capacité de travail de Mme P \_\_\_\_\_ :
    - Dans son activité antérieure d'esthéticienne ? Si oui, depuis quand et dans quelle mesure cette activité est-elle encore exigible (indiquer le taux) ?
    - Dans une activité de vendeuse ? Si oui, depuis quand et dans quelle mesure cette activité est-elle exigible (indiquer le taux) ?
  - Y-a-t-il une diminution du rendement dans les activités précitées ?
  - D'autres activités sont-elles exigibles ? Lesquelles et dans quelle mesure ? Y-a-t-il une diminution du rendement, et si oui dans quelle mesure ?
  - Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?
  - Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables (par exemple des mesures médicales, une formation professionnelle initiale, ou un reclassement professionnel) ? Si oui, lesquelles et quelle serait l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?
  - Faire toutes autres observations et suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 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).

La greffière :

Nancy BISIN

La présidente :

Valérie MONTANI

5. Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe