RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1741/2006 **ATAS/1042/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 9 novembre 2006

En la cause

Monsieur F_____, domicilié , 1225 CHENE-BOURG	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Après une formation d'employé de commerce et un stage de vendeur, Monsieur F_____, né le 1944, a été chef de rayon pendant une année, puis caissier de change de 1972 à 1978, adjoint de chef d'agence dans un bureau de change, de 1979 à 1989, et enfin, chef d'agence du bureau de change X_____ de 1990 à 2001. A ce poste, l'assuré a réalisé en 2001 un revenu annuel de 113'880 fr. Licencié par son employeur avec effet au 9 novembre 2001, l'intéressé a ensuite bénéficié des indemnités de l'assurance-chômage.

2. Le 19 juillet 2003, l'assuré a chuté dans les escaliers, ce qui lui a occasionné une fracture de la 4ème côte gauche, une fracture de l'os malaire gauche, un traumatisme crânien avec perte de connaissance, des vertiges persistants, des pertes d'équilibre, des maux de tête constants et des douleurs à la nuque.

3. Le Dr A_____, spécialiste FHM en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, a indiqué, dans un courrier adressé le 24 septembre 2003 à la Dresse EB_____, avoir posé les diagnostics suivants : déficit vestibulaire partiel droit, vertige positionnel paroxystique bénin sur cupulo-lithiase droite et fracture du malaire gauche avec hypoesthésie résiduelle suite à la chute du 19 juillet 2003 avec perte de connaissance probable de quelques secondes. Depuis lors, l'assuré se plaint de vertiges persistants, principalement en se levant le matin, ainsi que d'une hypoesthésie de la joue gauche post-traumatique. Le médecin indique que, sur le plan des vertiges, l'assuré présente une double pathologie : le vertige positionnel paroxystique bénin sur cupulo-lithiase droite s'est amélioré avec des manœuvres de Semond itératives (lors du dernier contrôle il n'y avait plus de vertiges de ce type); s'y ajoute un déficit vestibulaire partiel droit qui est toujours persistant mais de moins en moins symptomatique, probablement dû à une compensation centrale du cerveau. Quant à la paresthésie associée à une diplopie dans le regard latéral, une intervention chirurgicale de neurolyse n'est malheureusement plus envisageable vu le délai qui s'est écoulé depuis l'accident. Une telle intervention aurait dû être pratiquée dans un laps de temps de quelques jours après l'accident. Le médecin a cependant jugé qu'il était probable que l'évolution soit spontanément favorable par la suite.

4. Le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA), a retenu dans un courrier adressé le 15 décembre 2003 à la Dresse D_____: un status à plus de quatre mois d'une contusion thoracique avec fracture de la 4ème côte à gauche, fracture du malaire gauche avec hypoesthésie du V2, traumatisme crânien avec perte de connaissance de quelques instants à la suite d'une chute d'une échelle. Dans l'évolution, le médecin a relevé la mise en évidence de vertiges paroxystiques

bénins sur cupulo-lithiase droite traités par manœuvres de Semond et la persistance d'un déficit vestibulaire droit, de troubles résiduels de l'atteinte du V2 et de maux de tête. A l'examen, il a indiqué retrouver une hyposensibilité sous-orbitaire gauche, une réduction de la mobilité cervicale dans les mouvements à gauche et un état antérieur de monoplégie du membre supérieur gauche à la suite d'un accident survenu alors que l'assuré n'était âgé que de quinze ans.

5. D'un courrier émanant du Dr C_____ le 5 mars 2004, il ressort que le problème de fracture de côte pouvait alors être considéré comme guéri mais que persistaient en revanche des séquelles au niveau de l'hypoesthésie, dans le cadre de la fracture malaire gauche, ainsi que des troubles vestibulaires de l'équilibre et de l'audition.

6. En avril 2004, l'assuré a subi une radio-chimiothérapie pour un carcinome épidermoïde du larynx.

7. Par décision du 6 mai 2004, la SUVA a estimé que l'assuré, dans le cadre d'une activité adaptée, notamment celle d'employé de commerce en tant que chef de bureau de change, serait capable de travailler à plein temps et plein rendement. Dès lors, elle lui a reconnu une capacité de travail de 100% à partir du 1er janvier 2004.

8. Le 10 mai 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).

9. Dans un rapport médical concernant les capacités professionnelles de son patient, daté du 3 juin 2004, la Dresse D_____ a indiqué que ce dernier pouvait conserver la position assise cinq heures par jour, qu'il lui fallait éviter les positions debout et accroupie, la marche à pied et l'utilisation des bras, qu'il pouvait en revanche lever, porter ou déplacer des charges d'une dizaine de kilos avec le membre supérieur droit, qu'il lui fallait éviter de se baisser, les mouvements répétitifs, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier. Elle a estimé sa capacité de travail dans sa profession précédente à 0% et indiqué qu'à son avis, on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité en raison de ses troubles d'équilibre, de ses céphalées et de son hypo-acousie.

10. Consulté une nouvelle fois par le patient, le Dr A_____, dans un courrier adressé le 7 juin 2004 à la Dresse E_____, a indiqué avoir procédé à un nouveau bilan oto-neurologique qui a montré la persistance d'un déficit vestibulaire droit avec une hypo-réflexie, voire aréflexie de l'oreille droite. La manœuvre de Hallpike à droite provoquait un vertige. L'audiogramme montrait une audition normale à droite. L'audition à gauche était normale jusqu'à 2000 Hz puis présentait une élévation plus importante des seuils dans les fréquences élevées correspondant à un déficit de 8%.

11. Dans un rapport daté du 24 juin 2004, la Dresse D_____ a mentionné à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : un déficit vestibulaire droit persistant avec cupulo-lithiase droite d'accompagnement post-traumatique, un status neuf mois post-fracture de l'os malaire gauche avec hypoesthésie résiduelle du nerf V2, une surdité de degré léger à gauche par déficit mixte, des céphalées et cervicalgies post-traumatiques, un status deux mois post radio-chimiothérapie combinée pour carcinome épidermoïde du larynx sans récidive loco-régionale, une anémie post-chimiothérapie, une mycose buccale traitée, une dysphonie et enfin, une monoplégie et atrophie du membre supérieur gauche sur lésion post-traumatique du plexus bracchial à l'âge de quinze ans.

12. Le 16 février 2005, le Dr. F_____, du service médical régional AI (SMR) Léman, a proposé d'actualiser le dossier en s'enquérant auprès du Dr G_____, du service d'oto-rhino-laryngologie des "établissement hospitalier" de l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré.

13. Le 27 juin 2005, le Dr. G_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que celui-ci se plaignait de douleurs chroniques à la déglutition, d'une fatigue chronique importante et d'odynodysphagie, séquelles de la radiothérapie et de la chimiothérapie pratiquées en mars 2004. Selon lui, compte tenu de cette importante odynodysphagie apparue en mars 2004, la capacité de travail de l'assuré en tant qu'employé de commerce est limitée à 50%.

14. Le 4 août 2005, le Dr C. F_____ a confirmé que l'incapacité de travail résiduelle de 50% était justifiée par les effets secondaires de la radiothérapie, à savoir une importante odynodysphagie imposant une alimentation mixée.

15. Par décision du 8 novembre 2005, l'OCAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à compter du 1er juillet 2004. Il a admis que, depuis le 20 juillet 2003, début du délai d'attente d'une année, la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte et que le taux d'invalidité s'établissait à 50%.

16. Par courrier du 29 novembre 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a allégué que, depuis l'accident survenu le 19 juillet 2003, son état de santé ne s'était pas amélioré puisqu'il souffrait toujours de pertes d'équilibre, de vertiges persistants, de maux de tête constants et de douleurs à la nuque. Il a invoqué de grands problèmes sur les plans physique et psychique, suite au cancer des cordes vocales dont il a été atteint et aux douleurs qui s'en sont suivies. Il en tire la conclusion que son incapacité de travail s'élève à 100%.

17. Le Dr H_____, de la clinique ORL des "établissement hospitalier", a indiqué, dans un bref rapport daté du 6 février 2006, que l'état de santé du patient était stationnaire depuis le 19 octobre 2005. S'agissant d'une éventuelle capacité de travail résiduelle, il l'a exclue au motif que "le patient était à l'AI".

18. Par décision sur opposition du 5 avril 2006, l'OCAI a confirmé sa décision du 8 novembre 2005. Il a relevé que le rapport médical du Dr H_____ n'apportait aucun nouvel élément qui pourrait permettre une modification de son évaluation.

19. Par courrier du 4 mai 2006, l'assuré a proposé à l'OCAI de se soumettre à l'examen de l'un de ses médecins afin d'avoir un autre éclairage sur son état de santé.

20. Par courrier du 12 mai 2006, l'OCAI lui a répondu qu'il lui était loisible d'interjeter recours contre sa décision du 5 avril 2006.

21. C'est ce qu'a fait l'assuré, par courrier adressé le 15 mai 2006 au tribunal de céans. Il fait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré, au contraire, puisqu'il souffre toujours de pertes d'équilibre, de vertiges persistants, de maux de tête constants et de douleurs cervicales. Il ajoute qu'il est sous traitement anti-dépresseur et anti-hypertenseur. Il en tire la conclusion que, vu son incapacité à se recycler dans un autre domaine, ses handicaps et son âge, il lui est parfaitement impossible de reprendre une activité salariée.

    Il produit à l'appui de son recours un certificat médical établi le 9 mai 2006 par la Dresse D_____ dont il ressort qu'il présente toujours des vertiges importants avec troubles de l'équilibre nécessitant l'aide d'une canne pour tous ses déplacements, des céphalées et des cervicalgies quotidiennes, ainsi que des acouphènes qui le perturbent dans les tâches de la vie quotidienne. Par ailleurs, le médecin mentionne une lésion suspecte au niveau gengivo-palatin gauche et une hypothyroïdie actuellement substituée. La Dresse exprime l'avis que les symptômes dont est atteint son patient, associés à sa monoplégie et à l'atrophie de son membre supérieur gauche, à l'utilisation d'une canne et aux douleurs font qu'il ne peut reprendre une activité à 100%.

22. Le recourant a également produit d'autres rapports médicaux déjà versés au dossier de l'OCAI.

23. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 6 juin 2006, a conclu au rejet du recours. Il admet que le trouble fonctionnel vestibulaire périphérique unilatéral implique l'apparition récurrente de vertiges et que l'assuré n'est donc pas apte à exercer des activités comportant un risque de chute, que celles qui requièrent des mouvements complexes ou le soulèvement de charges lourdes sont également exclues, mais souligne qu'en revanche, une activité s'exerçant de préférence assis et facile est exigible sans limitation temporelle du point de vue purement oto-neurologique. L'OCAI fait remarquer que la SUVA, dont la décision n'a d'ailleurs pas été contestée, a ainsi admis que dans une activité adaptée, notamment celle d'employé de commerce, la capacité de travail était totale en temps et en rendement. Il en découle que les séquelles de l'accident, si elles ne sont pas niées, ne sont toutefois pas susceptibles d'entraîner une incapacité de travail dans l'activité

précédemment exercée par l'assuré. Quant aux séquelles de la radio-chimiothérapie subie en janvier 2004, l'OCAI se réfère aux avis des Drs G_____ et F_____ et conclut à une capacité de travail raisonnablement exigible de 50%. Il souligne que seul le médecin traitant estime que la capacité de travail du recourant est nulle et rappelle que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail ont une valeur probante inférieure à celle des avis des spécialistes.

24. Par courrier du 4 juillet 2006, adressé directement à l'intimé et en copie au tribunal de céans, le recourant a une nouvelle fois demandé à pouvoir faire l'objet d'une contre expertise par l'un des médecins de l'assurance.

25. Après communication des dernières écritures, la cause a été gardée 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 de céans connaît en instance unique des contestations prévues par 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 fédérale 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 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 5 avril 2006 à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA (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. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant permettent de lui reconnaître un degré d'invalidité supérieur à celui de 50% que lui a reconnu l'intimé.

6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

   c) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

   d) 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

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 les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

7. En l'espèce, les atteintes à la santé de l'assuré sont clairement établies. En premier lieu, il souffre d'une monoplégie et d'une atrophie de son membre supérieur gauche, séquelles d'un accident survenu alors qu'il n'était âgé que de quinze ans. Force est de constater que ces atteintes, évoquées par son médecin traitant, ne l'ont jamais empêché de travailler à plein temps et plein rendement.

   En second lieu, l'assuré souffre de déficit vestibulaire partiel droit, d'une très légère surdité (évaluée à 8% par le Dr A_____) à gauche, de céphalées et cervicalgies post-traumatiques. La répercussion de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assuré a fait l'objet d'un examen approfondi par la SUVA qui a conclu, sur la base des rapports de son médecin d'arrondissement, le Dr C_____, qu'elles lui permettaient néanmoins de pratiquer une activité adaptée à plein temps

et à plein rendement et ce, dès le 1er janvier 2004. Il y a lieu de relever que l'assuré n'a pas contesté la décision de la SUVA. Qui plus est, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants.

A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le TFA a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n°

U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3; arrêts T. du 13 janvier 2004 [I 564/02] et R. D. du 24 mars 2004 [U 288/03]).

En l'occurrence, on ne voit pas d'éléments permettant de faire penser que l'évaluation de la SUVA repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable. En effet, selon la Drsse D_____ elle-même (voir son rapport médical du 3 juin 2004), l'assuré pourrait conserver la position assise cinq heures par jour, il lui faut éviter des positions debout et accroupie, la marche à pied, l'utilisation des bras, les mouvements répétitifs, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier. Compte tenu de cette description des limitations de l'assuré, le fait d'exiger de lui qu'il exerce à 50% son ancienne profession de chef d'agence d'un bureau de change est parfaitement justifiée.

Quant aux atteintes apparues suite à la radio-chimiothérapie subie par l'assuré, il s'agit d'une importante odynodysphagie dont tant le Dr G_____ que le Dr F_____ ont tenu compte pour réduire la capacité de travail de l'assuré à 50%. A cet égard, le rapport de la Drsse D_____ n'apporte aucun élément permettant de s'écarter de leurs conclusions. Elle se contente d'exprimer succinctement l'avis que les symptômes dont est atteint son patient, associés à la monoplégie et à l'atrophie de son membre supérieur gauche ainsi qu'aux douleurs, l'empêchent de reprendre une activité à 100% - ce qui n'est pas ce qui est exigé de lui par l'intimé, qui lui a reconnu un degré d'invalidité à 50%. La Dresse D_____ n'exclut d'ailleurs pas expressément l'existence d'une capacité de travail résiduelle.

Quant au fait que l'assuré soit sous traitement antidépresseur, il n'est attesté par aucun certificat médical. En tous les cas, aucun trouble psychique n'a été diagnostiqué, qui pourrait avoir une conséquence sur la capacité de travail.

Enfin, son incapacité, indépendante de son état de santé, à se recycler dans un autre domaine et son âge ne sont pas des éléments relevants de l'assurance-invalidité.

Eu égard aux considérations qui précèdent, la décision de l'OCAI de n'octroyer à l'assuré qu'une demi-rente est justifiée. Le recours, mal fondé, est rejeté.

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. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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
Janine BOFFI	Karine STECK

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