

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2243/2009

ATAS/1120/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 15 septembre 2009

En la cause

Madame R_____, domiciliée à Chambésy, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître REALINI Claudio

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI
et Anne REISER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 30 septembre 2004, Madame R_____ (ci-après la recourante), née en 1954, conseillère technique chez X_____ depuis 1990, a été opérée par craniotomie rétromastoïdienne droite pour exérèse d'un méningiome de la tente du cervelet et de la face postérieure du rocher à droite, par le Dr A_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, médecin-chef de la clinique de neurochirurgie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après HUG). Selon le rapport médical du 11 octobre 2004 de cette clinique, la recourante souffrait d'un méningiome de la tente du cervelet et de la face postérieure du rocher à droite, justifiant une incapacité de travail de 100%.
2. Selon un rapport médical du 14 janvier 2005 du Dr A_____, l'état de santé de la recourante s'améliorait. Elle souffrait encore d'une diplopie dans le regard vers le bas. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM), effectuée en décembre 2004, ne montrait pas de récurrence tumorale.
3. La recourante a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), le 6 octobre 2005, visant l'octroi d'une rente en raison d'une tumeur au cerveau.
4. Selon le questionnaire pour l'employeur, rempli par X_____ le 10 novembre 2005, la recourante avait travaillé 28 heures par semaine depuis le 1^{er} avril 1998, pour un salaire annuel de base de 52'220 fr., en qualité d'opératrice et de conseillère.
5. Dans un rapport médical du 23 mars 2006, le Dr B_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a diagnostiqué un status post-opératoire d'un méningiome, avec un strabisme résiduel. Par complément du 7 avril 2006, le Dr B_____ a estimé que la capacité de travail était probablement inférieure à 25%, en raison de difficultés de concentration.
6. Selon un rapport médical intermédiaire du 23 mai 2005, le Dr C_____, médecin traitant de la recourante, a indiqué que l'état de santé était stationnaire. Elle souffrait de céphalées persistantes, entraînant des difficultés de concentration. Sa capacité de travail était de 0% dans son ancienne activité et de 20% dans une activité manuelle adaptée.
7. Le 12 novembre 2007, le Dr D_____, spécialiste en ophtalmologie a rendu un rapport d'expertise neuro-ophtalmologique.

Au vue de l'anamnèse, des plaintes subjectives, des données subjectives et d'un status clinique, l'expert retenait une incapacité de travail totale dans la phase post-opératoire en raison, essentiellement, d'une diplopie verticale et de troubles de

l'équilibre majeurs. Par la suite, l'incapacité de travail totale découlait de céphalées importantes et fréquentes, ainsi que de troubles neurologiques, tels que, notamment, une fatigabilité importante, des troubles mnésiques, des difficultés de concentration et une lecture difficile. L'ensemble de ces symptômes étaient présents depuis l'opération du 3 septembre 2004. Sans répercussion sur la capacité de travail, s'ajoutaient, présents depuis des années, un astigmatisme myopique et une presbytie. Une insuffisance de convergence était aussi présente mais, apparemment, pas symptomatique. Enfin, il existait un minime déficit pupillaire afférent gauche, mais sans répercussion fonctionnelle, ni sur les performances visuelles ni sur la vision binoculaire.

Selon l'expert, il n'existait pas, sur le plan ophtalmologique, de contre-indication à ce que la recourante reprenne un travail. Sur le plan neurologique, il existait une importante limitation touchant la reprise éventuelle d'un travail, mais aussi l'exécution des tâches quotidiennes. L'expert ne se prononçait pas sur une éventuelle limitation psychique de la recourante, mais elle lui était apparue sans problème psychique.

La capacité résiduelle de travail était difficile à déterminer pour l'expert, mais la recourante présentait en tout cas une incapacité de travail d'au moins 20% depuis le 20 septembre 2004. De plus, l'expert retenait une très nette diminution du rendement, d'environ 75%, en raison des symptômes neurologiques, sous réserve d'une expertise neurologique, qu'il préconisait.

Il n'y avait pas de contre-indication à une réadaptation professionnelle, la capacité de travail ne pouvant être améliorée dans l'activité exercée antérieurement.

8. Dans un rapport d'examen neuropsychologique du 26 novembre 2007, Monsieur S_____, neuropsychologue, a conclu à des troubles de l'attention sous forme d'un ralentissement, qui n'atteignaient toutefois le niveau du déficit que dans une tâche informatisée et en attention audito-verbale soutenue et à des troubles exécutifs qui touchaient essentiellement l'inhibition, lesquels interféraient dans des tâches d'organisation de l'action. Il concluait également à un ralentissement consécutif à un trouble dépressif, lui-même partiellement consécutif à la blessure cérébrale.
9. Le 5 mars 2008, le Dr E_____, neurologue, a rendu son rapport d'expertise neurologique se basant sur ses observations cliniques, sur l'étude du dossier de la recourante, ainsi que sur des pièces rapportées par l'expert.

Au vu d'une anamnèse complète, de l'étude du dossier de la recourante et d'un examen clinique, l'expert ne posait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics étaient un méningiome de la tente du cervelet et de la face postérieure du rocher à droite ayant comprimé le nerf pathétique (IV) et le nerf trijumeau (V) extirpé in toto

sans signe de récurrence le 30 septembre 2004. L'examen clinique ne révélait aucune anomalie significative. L'expert s'étonnait de discordances importantes entre l'histoire rapportée par la patiente et les documents médicaux, et entre les ophtalmologues, qui admettaient simplement les assertions de la patiente et ses plaintes. Or l'expert ne s'expliquait pas qu'une tumeur bénigne de très lente évolution du type de celle opérée puisse être à l'origine de plaintes "aussi invraisemblables que celles qu'exprime l'assurée". Il rappelle qu'aucune atteinte cérébelleuse - susceptible de générer des troubles cognitifs et affectifs - n'a été constatée en l'espèce. Peut-être la constellation psychique de l'assurée est-elle à l'origine de la situation actuelle, mais cela n'est pas de son domaine de compétence.

L'activité exercée auparavant était exigible à 100%, la diplopie, responsable de l'incapacité de travail, ayant disparu en quelques mois. La diminution de rendement était impossible à déterminer.

10. Dans un rapport du 14 avril 2008, le Dr F_____, psychiatre, a diagnostiqué une dysthymie (F 34.1) présente depuis l'opération du 30 septembre 2004, entraînant une incapacité de travail de 100% depuis 2004. Dans un rapport complémentaire du 22 juin 2008, il diagnostiquait un psycho-syndrome organique, ainsi qu'un symptôme dépressif de la dysthymie, empêchant la reprise d'une activité professionnelle.
11. Le 7 août 2008, le SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après SMR) a effectué un examen psychiatrique de la recourante. Dans son rapport, l'examineur retenait une dysthymie (F 34.1), mais sans répercussion sur la capacité de travail. La capacité de travail était donc de 100% dans n'importe quelle activité.

L'examineur relevait que la recourante avait maintenu comme activité la gymnastique vertébrale, le jardinage, la cuisine et la lecture et qu'elle déclarait des relations régulières avec des amitiés solides et de nombreuses connaissances. Sur le plan domestique, elle s'occupe de tout avec l'aide du mari. Elle est au bénéfice d'un permis de conduire et conduit sa voiture. La cognition est dans la norme, l'orientation est bonne, il n'y a ni troubles de la mémoire, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation, le discours est cohérent, on ne retrouve pas de troubles du cours de la pensée ou du contenu de la pensée, la recourante partage le focus d'attention. L'examineur a constaté une thymie bonne, sans irritabilité ni tristesse, une rumination existentielle, sans idées noires ou tentative de suicide, pas de troubles de concentration, ni d'attention, pas d'anhédonie, pas d'adynamie, pas de repli sur elle-même, pas de culpabilité ni de perte d'estime, un sommeil préservé, un appétit préservé, une libido diminuée. Il n'y a pas d'éléments en faveur d'angoisse itérative, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, de claustrophobie ou d'éléments de la lignée obsessionnelle. L'examen ne montrait pas de signes florides de la série psychotique, mais mettait en évidence des traits de personnalité histrionique avec discordance des éléments anamnétiques, dramatisation, manque de précision des

éléments cliniques et anamnestiques, susceptibilité, déjà relevés par l'expert neurologue. Ses traits de personnalité n'en constituaient pas pour autant un trouble de personnalité. L'examinateur était donc d'accord avec le diagnostic du psychiatre traitant, mais relevait que selon la classification internationale l'intensité de la dysthymie est inférieure à celle d'un trouble dépressif léger, pour lequel la capacité de travail est totale, de sorte qu'il ne pouvait pas envisager que cette dysthymie ait une valeur incapacitante. Un trouble somatoforme douloureux est évoqué, quoi qu'il en soit, non invalidant.

12. Par projet de décision du 2 septembre 2008, l'OCAI a accordé une rente entière d'invalidité à la recourante, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, du 14 septembre 2005 au 31 janvier 2008.
13. La recourante s'est opposée dans les délais légaux au projet de décision, au motif que les rapports des Dr F _____, G _____ et D _____ n'avaient pas été pris en compte. Dans le cadre de son opposition, la recourante a produit une expertise psychiatrique du 8 décembre 2008, effectuée par le Dr H _____, médecin psychiatre-psychothérapeute FMH aux HUG, à la demande de l'assureur perte de gain de la recourante.

Se basant sur deux entretiens avec la recourante, un entretien téléphonique avec le Dr F _____ et l'étude du dossier de la recourante, une anamnèse complète, le récit des plaintes et des données subjectives de la recourante et un status clinique, l'expert a retenu, avec répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie (F 34.1) et des troubles mentaux dus à une lésion cérébrale: trouble cognitif léger (F 06.7), présents depuis 2004. Sans répercussion sur la capacité de travail, des migraines ont été diagnostiquées, présentes également depuis 2004.

Dans le status psychique, l'expert perçoit cliniquement une atteinte des capacités cognitives en ce sens que l'expertisée présente un léger ralentissement psychique. Elle cherche ses mots, fait des lapsus, répond à côté de certaines questions, il y a donc de très nets troubles de l'attention et de la concentration. La mémoire à long et moyen terme est conservée, mais la mémoire à court terme est défaillante sur les noms propres ou certains éléments de chronologie. Une certaine anxiété de fond est nettement perceptible dans la mimique et la gestuelle. La thymie est très nettement perturbée dans le sens de la dépression. Il existe une tristesse avec sentiment de perte, de handicap et de perte d'espoir par rapport à l'état psychique. Il existe très nettement des idées de mort, sans scénario suicidaire cependant. L'expert ne retient aucun symptôme de la lignée psychotique, et aucun trouble de la personnalité.

Dans l'appréciation du cas, l'expert indique qu'il persiste une symptomatologie cognitive légère, perceptible sur le plan clinique et objectivée par un bilan neuropsychologique réalisé en novembre 2007. Cette symptomatologie consiste en fatigabilité, ralentissement ainsi qu'un trouble de l'attention et de la concentration.

Des épisodes migraineux entraînent des périodes d'incapacité totale. Et l'expert d'examiner les répercussions des séquelles neuropsychologiques sur la capacité de travail. L'expert mentionne qu'il y a eu du fait de la tumeur et durant l'intervention chirurgicale une souffrance cérébrale, principalement cérébelleuse, et qu'il est dès lors tout à fait compréhensible que l'expertisée présente une symptomatologie séquellaire neurologique. De plus l'intervention a laissé une cicatrice sur la membrane méningée, très sensible sur le plan algique, ainsi que sur les structures avoisinantes ce qui explique les troubles douloureux séquellaires, permanents ou paroxystiques. Les troubles de l'humeur sont soit directement consécutifs à l'intervention (trouble psycho-organique) soit secondaires au trouble cognitif et algique. En elle-même, la dysthymie ne constitue pas un facteur d'incapacité de travail. Cependant, associée à des troubles algiques et cognitifs, elle influence très négativement la capacité de travail et diminue la faculté de l'expertisée à faire face et à surmonter ses troubles. Au vu du tableau clinique général on doit reconnaître l'incapacité pour l'expertisée de travailler à plein temps dans sa profession antérieure, qui nécessite une grande rapidité et une grande concentration ainsi qu'une forte adaptabilité. Par contre, dans une autre profession, nécessitant moins d'efforts intellectuels, elle présenterait une certaine capacité résiduelle de travail dans le cadre d'un temps partiel et avec une probable diminution de rendement. L'expert précise que la recourante n'est apte à s'adapter qu'à un milieu professionnel qui prendrait son état psychique en considération. Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables, l'activité adaptée pourrait être exercée à environ 50 %.

14. Par avis médical du 12 janvier 2009, le SMR a indiqué que l'expertise du Dr H_____ ne contenait pas de contradiction particulière, mais qu'elle n'était pas convaincante car elle ne prenait pas en compte certains éléments du dossier, en particulier les conclusions de l'expertise neurologique et les constatations de l'examineur du SMR. D'autre part et surtout l'expert dépasse ses compétences sur le plan de l'évaluation d'une pathologie neurologique et de ses conséquences par rapport au domaine psychique, et en définissant des limitations fonctionnelles qui ne sont pas de son domaine, s'écartant d'opinions contraires de spécialistes, ce qui met en doute la valeur de l'expertise. Enfin, il est surprenant de parler de syndrome psycho-organique en l'absence d'atteinte du cervelet, d'autant que les manifestations organiques neurologiques et ophtalmologiques ont disparu.
15. Par décision du 25 mai 2009, l'OCAI a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité, limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2005 au 31 janvier 2008.
16. La recourante a interjeté recours en date du 26 juin 2009, concluant préparatoirement à l'ordonnance d'une expertise médicale, principalement à l'annulation de la décision querellée, à ce qu'un droit aux prestations de l'assurance invalidité lui soit reconnu depuis le 14 septembre 2005 (sic), sans limitation de

temps, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OCAI pour nouvelle décision, avec suite de frais et dépens.

A l'appui de son recours, la recourante a, notamment, produit deux courriers des Dr F_____ et G_____.

Dans le premier, datant du 6 juin 2009, le Dr F_____ confirmait le diagnostic d'une dysthymie, et indiquait que l'état de santé était stationnaire. De plus, la plupart des éléments du psycho-syndrome, tels que les troubles de l'attention avec ralentissement psychomoteur, les troubles exécutifs et inhibiteurs retentissent sur la planification, sur l'organisation de l'action comme sur la mémoire, et les problèmes de dérégulation émotionnelle, restaient stationnaires. Enfin, l'utilisation déficitaire des fonctions cognitives due à la présence de troubles mnésiques, conjointement au ralentissement psychomoteur, s'aggravait, provoquant un désinvestissement de la mémoire et de la langue spontanée. Ces éléments ne faisaient que confirmer le diagnostic d'un psycho-syndrome. L'incapacité de travail de la recourante était de 100%, sans pouvoir être améliorée.

Dans le deuxième courrier du 8 juin 2009, le Dr G_____ a indiqué qu'il persistait chez la recourante une fatigue importante et invalidante, qu'elle souffrait de migraines, alors qu'elle ne connaissait pas ce trouble avant sa maladie, ainsi que d'un état dépressif modéré. Son incapacité de travail était toujours de 100%.

17. Dans sa réponse du 8 juillet 2009, complétée par l'avis du SMR du 6 août 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours, au motif, notamment, qu'il y n'y a pas de fait nouveau dans les rapports produits; le diagnostic de psycho-syndrome organique avait précisément été écarté par l'examen SMR, aucune limitation fonctionnelle psychiatrique n'étant retenue.
18. Après communication de cette écriture à la recourante le 12 août 2009, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'applique au cas d'espèce.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité entière au-delà du 31 janvier 2008.
5. 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^{er} LPGA et 4 al. 1^{er} 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

S'agissant du droit aux prestations, on rappellera brièvement que selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

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).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe

selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. En l'espèce, la recourante a fait l'objet de plusieurs expertises, et a produit plusieurs rapports médicaux, dont il y a lieu d'examiner les mérites respectifs, au vu de la jurisprudence susmentionnée.

Tout d'abord on retiendra que selon l'expert D_____, ophtalmologue, il n'existait pas, sur le plan ophtalmologique, de contre-indication à ce que la recourante reprenne un travail. Il indiquait cependant que sur le plan neurologique, il existait une importante limitation touchant la reprise éventuelle d'un travail, mais aussi l'exécution des tâches quotidiennes. Force est de constater que cette remarque, qui sort du domaine de compétence de l'expert, ne peut être retenue, au contraire de ses conclusions sur le plan ophtalmologique. Cet expert préconisait d'ailleurs une expertise neurologique effectuée par le Dr E_____, neurologue. Il n'a posé aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'activité exercée auparavant était exigible à 100%, car la diplopie, responsable de l'incapacité de travail, avait disparu en quelques mois. Il rappelait qu'aucune atteinte cérébelleuse - susceptible de générer des troubles cognitifs et affectifs - n'avait été constatée en l'espèce, ce qui conduisait à écarter les conclusions de Monsieur S_____, neuropsychologue, basées sur des prémisses erronées. À noter que ce dernier a conclu à des troubles de l'attention sous forme d'un ralentissement, qui n'atteignaient toutefois le niveau du déficit que dans une tâche informatisée et en attention audito-verbale soutenue et à des troubles exécutifs qui touchaient essentiellement l'inhibition, lesquels interféraient dans des tâches d'organisation de l'action, conclusions qui ne conduisent quoi qu'il en soit pas à retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée. Il en résulte que la capacité de travail de la recourante est entière sur le plan somatique. Les rapports de ses médecins traitant et psychiatre ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des spécialistes, non seulement en raison de la relativité de la valeur probante de leurs conclusions, mais également et surtout du fait qu'ils ne s'expriment pas sur cette question en qualité de spécialistes.

S'agissant de la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique, deux avis s'opposent. L'expert psychiatre H_____ valide, en quelque sorte, la totale incapacité de travail alléguée par la recourante et attestée par ses médecins traitants,

mais non pas sur la base de diagnostics psychiatriques, puisqu'il retient uniquement une dysthymie dont il admet qu'elle n'est pas suffisante à justifier l'incapacité de travail, mais sur la base de conclusions neurologiques et neuropsychologiques, qui non seulement ne sont pas de son domaine de compétence, mais qui en plus sont battues en brèche par l'expert E_____. En cela, son rapport d'expertise ne remplit pas les requisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En revanche, dans son rapport d'examen psychiatrique, l'examinateur psychiatre du SMR a retenu, également, une dysthymie (F 34.1), mais sans répercussion sur la capacité de travail, ce qui ressort clairement de la documentation médicale faisant référence, et qui n'est d'ailleurs pas contesté. La capacité de travail était donc de 100% dans n'importe quelle activité. À noter que l'examinateur a examiné consciencieusement tous les diagnostics différentiels, et a motivé les raisons pour lesquelles il ne les retenait pas. Il constate, par ailleurs, les mêmes discordances que l'expert neurologue et confirme que celles-ci peuvent être liées aux traits de personnalité de la recourante, qui n'atteignent toutefois pas le degré d'un trouble invalidant. Il en résulte que sur le plan psychiatrique également la recourante est totalement capable de travailler. À noter que l'expert neurologue, après avoir expliqué pour quelles raisons les conclusions du neuropsychologue étaient erronées, mentionnait que ce rapport avait sans doute renforcé la conviction de la recourante qu'elle est invalide, sans qu'aucun argument neurologique sérieux ne conforte cette thèse, et que la recourante avait, somme toute, souffert d'une tumeur bénigne, avec une évolution marquée par une restitution intégrale de la fonction de ses nerfs crâniens et l'extirpation de la tumeur, totale, sans résidus ni récurrence.

Vu ce qui précède, le recours sera rejeté. On peut même s'étonner que l'OCAI ait accordé à la recourante une rente entière jusqu'à fin janvier 2008, alors qu'il ressort des documents au dossier que les troubles ophtalmologiques n'ont perduré que durant plusieurs mois après l'opération, qui date du mois de septembre 2004 et que le chirurgien, le Dr A_____, n'atteste plus d'incapacité de travail au-delà de son rapport du 14 janvier 2005, où la diplopie était encore présente. La question d'une reformatio in pejus pourrait se poser, question qui sera en l'état laissée ouverte et à l'appréciation de l'administration, le juge ayant la faculté d'y renoncer (cf. ATF 119 V 249).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. 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 ; RS 173.110); 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.

La greffière

La présidente

Maryse BRIAND

Isabelle DUBOIS

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