

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3494/2007

ATAS/199/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 12 février 2008

En la cause

Madame A _____, domiciliée aux Avanchets, représentée
par ASSUAS, Association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ d'origine éthiopienne, divorcée, est arrivée en Suisse en 1987, en qualité de requérante d'asile. Elle est actuellement au bénéfice d'un permis C. Dès 1989, l'intéressée a travaillé comme aide-soignante à l'Etablissement médico-social de X_____.
2. En février 1996, l'intéressée a été victime d'un accident de circulation au cours duquel elle a subi un traumatisme crânio-cérébral, des fissures des vertèbres cervicales et un traumatisme dorsal. En juin 1996, un cancer du sein a été diagnostiqué ; une mastectomie a été pratiquée et une chimiothérapie mise en place jusqu'en février 1997. Elle a présenté un trouble dépressif chronique majeur et un état de stress post-traumatique traités par un suivi régulier et un traitement médicamenteux dispensé par le Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG).
3. En arrêt de travail à 100 % depuis le 26 février 1996, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 21 mars 1997, par l'intermédiaire de l'ASSUAS.
4. Par décision du 23 juin 1999, l'OCAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 1997, retenant un degré d'invalidité de 100 %.
5. Le 2 octobre 2001, l'OCAI a adressé à l'assurée un questionnaire pour la révision de la rente. L'assurée a retourné ledit questionnaire à l'OCAI le 15 novembre 2001, mentionnant que son état de santé s'était aggravé, qu'elle avait besoin en permanence de l'aide de tierces personnes pour lui rappeler ce qu'elle avait à faire (rendez-vous de médecins, paiements, etc.). Elle était toujours en incapacité totale de travail.
6. Le 26 novembre 2001, l'OCAI a invité l'intéressée à lui communiquer le nom du médecin qu'il pourrait questionner. Après plusieurs rappels, l'OCAI a supprimé la rente de l'assurée, par décision du 9 octobre 2002. Cette décision a été toutefois annulée par prononcé du 14 novembre 2002 notifié à la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après la caisse).
7. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 27 novembre 2002, le Docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a posé les diagnostics suivants, précisant qu'ils avaient une répercussion sur la capacité de travail : cervicalgies chroniques, status post fracture de C2, lombalgies chroniques post- accident et sur scoliose dorso-lombaire à convexité droite, état dépressif réactionnel. Le cancer invasif du sein gauche, status post Patay, n'influçait pas la capacité de travail. Il a confirmé que sa patiente était toujours en incapacité de travail à 100 % depuis l'accident, que son état de santé était stationnaire, qu'elle se

plaignait de cervicalgies et de lombalgies chroniques, sans aucune amélioration malgré tous les traitements entrepris. Depuis qu'il connaissait la patiente, soit 1998, elle présentait un état dépressif marqué. Le médecin a indiqué qu'« un suivi psychiatrique par un médecin noir ou connaissant bien l'Afrique serait nécessaire ».

8. Le 21 mai 2003, l'OCAI a informé l'assurée que s'il ne pouvait obtenir des renseignements d'un psychiatre dans un délai d'un mois, il serait dans l'obligation de mandater un expert psychiatre. Il lui rappelait son obligation d'informer et de collaborer.
9. Le 5 juin 2003, l'ASSUAS a fait savoir à l'OCAI que l'assurée était momentanément absente de Genève et qu'à sa connaissance, elle n'avait plus consulté de psychiatre depuis plusieurs années. Les traitements administrés n'avaient abouti à aucun résultat et le traumatisme crânien avait entraîné une perte quasi totale de la mémoire.
10. Le 21 janvier 2004, la doctoresse M_____ a informé l'OCAI qu'elle avait convoqué l'assurée à trois reprises et lui a fait parvenir copie d'un certificat médical que lui avait transmis l'ASSUAS le 6 janvier 2004, par fax. Ce certificat avait été établi le 12 décembre 2003 à Adis Abeba et mentionnait que l'assurée « is sick for 51 days ».
11. Par décision du 19 mars 2004, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, au motif que, bien qu'avertie des conséquences d'un manquement à son obligation de renseigner, elle continuait à s'opposer aux mesures d'instructions qui pouvaient être raisonnablement exigées d'elle.
12. Par lettre-signature postée le 15 avril 2004, l'ASSUAS, agissant pour le compte de l'assurée, a formé opposition. Elle fait valoir que l'assurée est toujours totalement incapable d'exercer quelque activité que ce soit, que son état de santé ne lui permet pas de rester seule, raison pour laquelle elle demeure tantôt chez sa sœur, tantôt chez son frère ou chez sa mère. D'autre part, les séquelles du traumatisme crânien dont elle a été victime se traduisent par la perte totale de mémoire et expliquent ses absences aux rendez-vous fixés, ainsi que les manquements que l'OCAI lui reproche. Elle souffre en plus d'une maladie grave pour laquelle elle a subi une importante intervention chirurgicale, avec des plaies toujours pas cicatrisées. Elle demandait l'annulation de la décision et le rétablissement de son droit à la rente entière d'invalidité.
13. Le 22 septembre 2004, l'ASSUAS a fait parvenir à l'OCAI une attestation du Docteur L_____, par laquelle il confirme que l'assurée est suivie à sa consultation depuis plusieurs années. Elle a toujours de la peine à venir régulièrement à ses rendez-vous. Il se réfère aux diagnostics évoqués dans son

rapport de 2002 et ajoute que l'état dépressif chronique de la patiente explique en partie ses troubles du comportement.

14. Par décision du 22 octobre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition, au motif que le manque de collaboration de l'assurée n'était pas explicable par l'atteinte à la santé décrite par le Docteur L_____, qui ne fait par ailleurs aucune allusion à une incapacité de discernement.
15. Le 26 novembre 2004, l'ASSUAS, agissant au nom et pour le compte de l'assurée, a recouru contre ladite décision.
16. Le 13 juin 2005, l'ASSUAS a transmis au Tribunal copies de la requête déposée par le frère de l'assurée le 20 avril 2005 auprès du Tribunal Tutélaire, ainsi que du courrier du Président de la 2^{ème} chambre dudit tribunal.
17. Par arrêt du 6 juillet 2005 (ATAS/615/2005), le Tribunal de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire, ce malgré l'absence de collaboration de l'assurée, considérant que l'attitude de celle-ci ne semblait pas découler d'un comportement volontaire mais de troubles mnésiques voire psychiques.
18. L'OCAI a dès lors repris et le versement de la rente entière de l'assurée avec effet au 1^{er} mai 2004, et l'instruction du dossier dans le cadre de la révision du droit.
19. Interrogé par l'OCAI, le Dr L_____, le 4 septembre 2005, s'est expressément référé à ses précédentes conclusions du 27 novembre 2002, précisant que depuis cette date ce sont surtout les problèmes psychologiques qui prédominent : "la patiente n'arrive pas à gérer sa vie sans l'aide de son assistante sociale et de sa famille. Elle oublie absolument tout et présente des épisodes de panique".

Il a confirmé que l'assurée était incapable de travailler, quelle que soit l'activité envisagée.

20. L'OCAI a confié au Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie, un mandat d'expertise ; celui-ci a demandé à Madame B_____ d'examiner l'assurée sous l'angle neuropsychologique.

Un rapport d'expertise a ainsi été réalisé le 4 octobre 2006. Le Dr N_____ dit s'être trouvé face à "un tableau psychopathologique à la fois extrêmement sévère, à la fois contradictoire et douteux". Il relève que l'assurée s'est plainte d'un tel dysfonctionnement, de tels troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, de telles difficultés dans la réalité extérieure, d'une telle réduction des moyens de compréhension et d'expression que l'on associe instantanément une pathologie démentielle. Il constate cependant que ces plaintes contrastent avec les observations cliniques qu'il a pu faire, raison pour laquelle il a sollicité l'intervention

de Madame B_____. Il a par ailleurs procédé à un dosage médicamenteux de l'antidépresseur prescrit et en a conclu que l'assurée était "non observante". Il n'a ainsi finalement retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique, étant précisé que

"la densité du tableau clinique présenté ne permet pas avec certitude de différencier ou de retenir le diagnostic de "majoration des symptômes" ou de "troubles factices". Finalement, ceci est d'un intérêt secondaire, car l'essentiel est dans le constat que sur le plan psychiatrique, aucune incapacité de travail ne peut être retenue. Nous pensons que l'ensemble de nos observations et recherches parle de lui-même. Il est fort probable que la situation rebondisse sous forme d'une accentuation ou de "démonstration" lorsque les conclusions de l'expertise seront connues des différents intervenants et il s'agira dès lors d'être extrêmement vigilants pour faire la part des choses".

Du rapport complémentaire demandé à Madame B_____, il ressort que la plupart des tests effectués sont extrêmement déficitaires. Cependant Madame B_____ retient des incohérences dans la qualité et les performances, des erreurs inhabituelles et d'importantes contradictions, au point de conclure que : "l'ensemble de ces éléments suggère une composante de surcharge massive, voire de simulation, qui recouvre lors de l'examen tout déficit réel éventuellement présent".

21. L'OCAI a communiqué à l'assurée le 7 juin 2007 un projet de décision aux termes duquel sa rente était supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la décision.
22. Par courrier du 6 juillet 2007, l'ASSUAS a contesté à titre provisionnel le projet de suppression de rente, dans l'attente de prendre connaissance des conclusions du rapport d'expertise du Dr N_____. L'assurée a formé opposition le 11 juillet 2007. Elle fait part de ses observations quant au rapport d'expertise du Dr N_____.
23. Par décision du 12 juillet 2007, l'OCAI a confirmé son projet.
24. Par décision du 18 juillet 2007, l'OCAI a annulé et remplacé celle du 12 juillet 2007; la teneur de cette nouvelle décision est identique à la précédente, étant précisé que sur demande écrite et motivée de la part de l'assurée, son éventuel droit à une aide au placement serait examiné.
25. L'assurée, par l'intermédiaire de sa mandataire, a interjeté recours le 14 septembre 2007 contre ladite décision. Elle reprend les contradictions qu'elle a relevées dans l'expertise du Dr N_____ et conclut au maintien d'une rente entière.
26. Dans sa réponse du 18 octobre 2007, l'OCAI a proposé le rejet du recours.
27. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 12 juillet 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2001, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

4. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences

économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 298 consid. 4c in fine).

6. Le litige porte sur le point de savoir si le degré d'invalidité de l'assurée s'est notablement modifié depuis la décision du 23 juin 1999.
7. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108).

8. 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).

9. 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).

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 LPG), 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 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).

Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

10. En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 23 juin 1999, aux termes de laquelle l'assurée avait droit à une rente entière, à ceux existant au moment de la décision litigieuse du 18 juillet 2007, lui supprimant ce droit.
11. Lors de la décision initiale d'octroi, l'OCAI avait retenu les suites de l'accident dont avait été victime l'assurée en février 1996, le cancer du sein diagnostiqué en juin 1996, un trouble dépressif chronique et un état de stress post-traumatique et admis qu'elle présentait une incapacité de travail de 100%.
12. Une révision du dossier a été initiée par l'OCAI dès octobre 2001. Considérant que l'assurée s'opposait à des mesures d'instruction pourtant raisonnablement exigibles d'elle, l'OCAI a, par décision du 19 mars 2004, confirmée sur opposition le 22 octobre 2004, supprimé la rente. Le 6 juillet 2005, le Tribunal de céans, saisi d'un recours interjeté par l'assurée, lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire. Dans le cadre de la nouvelle instruction, un rapport d'expertise a été réalisé par le Dr N_____ le 4 octobre 2006. L'OCAI s'est fondé sur les conclusions de ce rapport, selon lesquelles l'assurée ne souffre d'aucun trouble psychiatrique impliquant une incapacité de travail, pour supprimer la rente entière d'invalidité jusque-là versée.
13. Le rapport d'expertise étant contesté par l'assurée, qui y a plus particulièrement relevé des erreurs de fait, il convient d'en examiner la valeur probante.

Le Tribunal de céans constate qu'il se fonde sur des examens approfondis auxquels a procédé le Dr N_____. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et des dossiers médicaux de l'assurée. Il prend en considération les plaintes exprimées par cette dernière. L'expert a clairement commenté ses observations cliniques et a sollicité l'intervention d'une neuropsychologue. Enfin, il a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, étant par ailleurs souligné que les erreurs de fait effectivement commises ne sont pas déterminantes pour qu'il se justifie de s'en écarter. Aussi doit-on admettre que son expertise répond aux critères posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux.

14. Reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de ses conclusions.

Le Dr L_____ a confirmé le taux d'incapacité de travail de sa patiente à 100% en novembre 2002, en raison des cervicalgies et lombalgies chroniques et d'un état dépressif marqué. Il préconisait un suivi psychiatrique. En septembre 2004, il se réfère à son avis précédent, ajoutant que l'état dépressif chronique expliquait en partie ses troubles du comportement. Dans son rapport du 4 septembre 2005, il précise que depuis novembre 2002, ce sont surtout les problèmes psychologiques qui prédominent, la patiente oubliant tout et présentant des épisodes de panique.

Force est de constater que les observations du Dr L_____, qui n'est au demeurant pas psychiatre, ainsi que les allégations de l'assurée, ne suffisent pas pour s'écarter des conclusions bien motivées de l'expert.

C'est dès lors à juste titre que l'OCAI a fondé son appréciation sur le rapport du Dr N_____ s'agissant de l'aspect psychiatrique.

15. En revanche, il y a lieu de constater qu'aucune investigation complémentaire n'a été menée par l'OCAI quant aux troubles dorsaux. Le Dr L_____ a indiqué en novembre 2002 que les cervicalgies et lombalgies étaient chroniques, ne connaissant aucune amélioration, malgré les traitements entrepris, et influençaient la capacité de travail. Il convient de rappeler à cet égard que l'activité professionnelle exercée en dernier lieu par l'assurée est celle d'aide-soignante d'un établissement médico-social.

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

Il se justifie en l'espèce de renvoyer la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire. Il devra déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée dans une activité adaptée à son état de santé, après avoir dressé la liste éventuelle des limitations fonctionnelles, calculer le degré d'invalidité et rendre une nouvelle

décision.

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 300 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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