

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/362/2009

ATAS/1320/2009

ORDONNANCE

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 30 octobre 2009

En la cause

Madame G _____, domiciliée au PETIT-LANCY

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente

EN FAIT

1. Le 15 janvier 2009, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ (ci-après : l'OCAI) a rendu une décision aux termes de laquelle il a reconnu à Madame G _____ le droit à une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps à la période du 1^{er} février au 30 juin 2002, déduction faite d'un montant de 572 fr. 25 versé à HELSANA ASSURANCES, avec intérêt rémunérateur de 5%.

Il ressort de la décision que l'assurée exerçait l'activité de directrice générale adjointe de sa société, X _____ SA, lorsqu'elle a été atteinte dans sa santé. L'instruction a démontré qu'elle consacrait 50% de son temps à la direction de son entreprise (gestion, organisation, acquisitions, gérance du personnel, offres, relations publiques) et 50% à effectuer des voyages à l'étranger pour mettre en place des conférences.

Elle a été indemnisée par son assurance perte de gain pour une incapacité totale de travail du 15 février au 31 décembre 2001, pour une incapacité de 50% du 1^{er} janvier 2001 au 31 mars 2002, puis à nouveau pour une incapacité totale du 3 au 12 juillet 2002.

L'OCAI a considéré qu'à l'échéance du délai de carence, soit le 15 février 2002, l'incapacité de travail de l'assurée était de 50% et que cette incapacité avait pris fin le 31 mars 2002, raison pour laquelle il a limité l'octroi de la rente au 30 juin 2002.

2. Par écriture du 28 janvier 2009, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en tant qu'elle limitait son droit à une demi-rente d'invalidité au 30 juin 2002. Elle a allégué qu'ainsi qu'en avait attesté son oncologue, son état de santé ne lui permettait désormais plus de travailler à plus de 50%. Partant, elle a contesté que son degré d'invalidité puisse être fixé à un taux inférieur.
3. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 27 février 2009, a conclu au rejet du recours.
4. Le 4 mars 2009, le recourante a complété ses écritures en expliquant qu'elle a été soignée pour un cancer du sein à compter du mois de décembre 2000, qu'elle a été en arrêt de travail complet jusqu'en février 2002, qu'elle a subi six mois de chimiothérapie, une opération d'ablation et de reconstruction pratiquée en juin 2001, des rayons en septembre 2001 et, enfin, une nouvelle opération d'ablation de la prothèse en novembre 2001, suite à une grave infection nosocomiale, conséquence de la première opération. La recourante conteste le degré d'invalidité qui lui est reconnu et se réfère à cet égard à l'avis du Prof. L _____, chef du service d'oncologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et à celui du Dr M _____, son médecin traitant, dont elle souligne qu'ils ont attesté que sa capacité de travail était réduite à 50% en raison d'une grande fatigabilité. La

recourante allègue que sa baisse de rendement n'est pas de 10% à 20%, mais de 50% dans la mesure où elle est très vite fatiguée et doit se contenter d'horaires allégés (de 11h.00 à 12h.00 et de 15h.00 à 18h.00, soit quatre heures de travail par jour au lieu de huit).

5. Une audience s'est tenue en date du 7 mai 2009, au cours de laquelle a été entendu le Prof. L_____. Ce dernier a expliqué n'avoir pas suivi personnellement l'assurée mais bien connaître sa situation. Il a expliqué que l'évaluation de la capacité de travail, dans des cas tels que celui de la recourante, s'avère délicate, dans la mesure où, aux éléments objectifs classiquement admis, s'ajoutent également un cortège de répercussions émotionnelles et psychiques plus difficiles à apprécier. Le témoin a souligné que, même sept ans après le traitement, des risques de rechute demeurent, qui ne sont pas sans entraîner de conséquences au point de vue psychique.

Il a ajouté que si, en cas de chimiothérapie, la plupart des effets toxiques se résorbent dans les 18 à 24 mois, d'autres persistent, qui sont plus difficiles à apprécier sans examens sophistiqués. A titre d'exemple, le témoin a mentionné une neuropathie permanente (atteinte des petites terminaisons nerveuses entraînant des douleurs ou une limitation dans la motricité fine).

Selon le témoin, même dans le cas de la recourante, qui paraît a priori en bon état général, des conséquences subsistent sous la forme d'une grande fatigabilité et d'une diminution de sa capacité de résistance physique et psychique. S'y ajoute une désensibilisation fluctuante, augmentée en cas de stress, de la partie supérieure du corps, conséquence de la mutilation chirurgicale qu'elle a dû subir, et notamment de l'extraction de ses ganglions. Se manifeste également une tuméfaction fluctuante du membre supérieur droit - chez une patiente droitière. Le témoin a admis que ces différents éléments ne présentaient certes pas, en soi, de caractère de gravité mais a souligné que cela ne les empêchaient pas d'avoir des répercussions permanentes et gênantes.

Le témoin s'est cependant déclaré dans l'impossibilité de quantifier précisément l'altération de la capacité de résistance de la patiente.

Le témoin a indiqué avoir eu connaissance de l'appréciation du Dr N_____ sur laquelle s'est basé l'OCAI et considère qu'elle illustre parfaitement les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins. Il souligne que le Dr N_____, interniste - à la différence des spécialistes à l'opinion plus nuancée - ne peut apprécier véritablement les conséquences des traitements subis par la patiente. Le témoin a souligné une fois encore que le traitement subi par la recourante n'avait rien d'anodin et devait être qualifié de très lourd.

Le Prof. L_____ a expliqué que, durant les dix à quinze dernières années, une branche s'est développée, la psycho-oncologie, qui étudie notamment les

répercussions tardives d'une telle situation sur le patient et qui a apporté un éclairage beaucoup plus effrayant que celui auquel s'attendaient les médecins somaticiens s'agissant de l'altération du comportement général des patients. Cela a conduit à une véritable prise de conscience, de sorte que les oncologues ont parfois désormais également recours à des experts psychiatres ou psychologues.

Le témoin a suggéré que des investigations soient menées sur ce plan, par le Prof. O _____, par exemple, psychiatre au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), qui dispose d'une longue expérience de cohabitation avec l'oncologie.

6. A l'issue de l'audience, un délai a été imparti à l'intimé pour se déterminer sur cette proposition. Le dossier a été soumis à la Dresse P _____, du service médical régional AI (SMR), qui, dans un avis daté du 18 mai 2009, a relevé qu'à ce jour, aucune affection psychique durable n'avait été mise en évidence et souligné que si l'expert devait conclure à la présence d'une telle affection, il lui faudrait encore déterminer le moment à partir duquel elle a pu être considérée comme durable au sens de l'AI, ou en cas de trouble de la personnalité, déterminer si ce dernier est décompensé et si un traitement est exigible.
7. Aucun motif de récusation n'a été soulevé par les parties à l'encontre de l'expert pressenti.

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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période

jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'art. 16 LPGA prescrit que 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. Les définitions de l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATFA I 626/03 du 30 avril 2004).

6. L'invalidité est une notion économique et non médicale; ce ne sont donc pas les critères médico-théoriques qui sont déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c).

Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

7. Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas déterminant que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b).

8. a) L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur les rapports adressés par le(s) médecin(s) traitant(s) à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'AI, les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer quelles activités ce dernier est incapable d'exercer et dans quelle mesure. Les données médicales constituent en outre 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).

b) 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000 p. 268).

c) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. En l'espèce, aucune investigation telle que celle préconisée par le Prof. L. _____ n'a été menée. Or, c'est principalement d'une grande fatigabilité dont se plaint l'assurée. Il convient dès lors de vérifier si cette fatigabilité peut être objectivée ou mise en relation avec des troubles qui n'auraient pas encore été mis en évidence et qui entraîneraient une diminution de la capacité de travail. Dans cette mesure, le Tribunal de céans considère qu'il se justifie d'ordonner une instruction complémentaire afin de déterminer si la fatigabilité dont se plaint la recourante peut être mise en relation avec un trouble constitutif d'une maladie invalidante.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement

2. Ordonne une expertise psychiatrique.
3. Confie l'expertise psychiatrique au Dr Q_____.
4. Invite l'expert, après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI et de celui versé à la présente procédure, examiné et entendu l'assurée, s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir notamment consulté les médecins de l'assurée si besoin, à établir un rapport portant sur les points suivants :

1. Anamnèse.
2. Données subjectives et plaintes de l'assurée
3. Constatations objectives.
4. Diagnostic(s).
5. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ? En cas de trouble de la personnalité, indiquer si celui-ci est décompensé et, cas échéant, depuis quand.
6. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
7. Les atteintes éventuelles à la santé entraînent-elles une incapacité de travail et à quel taux ? a) dans l'activité précédemment exercée b) dans une autre activité

Existe-t-il une activité adaptée aux limitations du recourant ? Laquelle ? Y aurait-il diminution de rendement ? Le cas échéant, à partir de quand peut-on exiger de l'assuré une telle activité ?

8. Le cas échéant, dater la survenance de l'incapacité de travail durable.

9. Quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans le temps et comment a évolué sa capacité de travail ?
 12. Est-il possible d'objectiver la fatigabilité de la patiente et, dans l'affirmative, quelle baisse de rendement entraîne-t-elle dans ses différentes activités ?
 13. Si votre diagnostic et/ou votre appréciation de la capacité de travail de l'assurée diffèrent des conclusions des autres médecins s'étant déjà exprimés, veuillez en expliquer les raisons.
 14. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Un traitement est-il exigible ?
 15. Pronostic
 16. Toute remarque utile et proposition de l'expert
5. Invite l'expert à rendre son rapport au Tribunal de céans dans les meilleurs délais.
 6. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

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