

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3846/2009

ATAS/292/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 11 mars 2010**

En la cause

Madame H \_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Le 28 septembre 2009, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) a alloué à Madame H\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à la période du 3 octobre 2004 au 28 février 2006.

L'OAI a constaté que depuis le 3 octobre 2003, la capacité de travail de l'intéressée avait été considérablement restreinte. Se basant sur une expertise psychiatrique réalisée par le Dr L\_\_\_\_\_, il a considéré que l'assurée avait néanmoins recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé à compter du mois de décembre 2005.

Comparant le revenu qu'aurait réalisé l'assurée dans son ancienne activité de vendeuse, soit 38'113 fr., à celui qu'elle aurait théoriquement pu obtenir en exerçant à mi-temps une activité adaptée, soit 25'508 fr., l'OAI a abouti à un degré d'invalidité de 33%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente, raison pour laquelle il a mis un terme au versement de la rente le 28 février 2006, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée à laquelle il avait conclu.

2. Par écriture du 28 octobre 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à ce qu'une rente entière continue à lui être versée au-delà du 28 février 2006.

Elle relève qu'elle ne conteste pas les diagnostics retenus mais seulement l'évaluation qui a été faite de leurs répercussions sur sa capacité de travail.

Elle fait remarquer que si les deux expertises médicales mises en œuvre auprès de la Clinique de Valmont Genolier, d'une part, du Dr L\_\_\_\_\_, d'autre part, ont toutes deux conclu à une capacité résiduelle de travail de 50%, le Dr M\_\_\_\_\_ a néanmoins admis qu'une telle capacité ne pourrait être obtenue qu'en milieu adapté et le Dr L\_\_\_\_\_ a préconisé des mesures de réadaptation professionnelle dans un cadre protégé. Or, le stage de réentraînement à l'effort qu'elle a suivi auprès de la fondation TRAJETS durant l'automne 2008 s'est révélé un échec cuisant, alors même que les observateurs ont souligné sa bonne volonté et son envie de travailler. L'assurée fait valoir que dès lors que le stage mis en place s'est révélé un échec, alors même que son temps de travail a été limité à 8 h./sem. (à raison de 2 h./jour, 4 jours/sem.), cela démontre que sa capacité de travail a été surévaluée.

3. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 décembre 2009, a conclu à la nécessité de mettre sur pied une nouvelle expertise. L'intimé se réfère aux avis des Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, médecins auprès du service médical régional AI (SMR), qui ont tous deux suggéré une expertise pluridisciplinaire comportant un volet ORL, un volet neurologique et un volet psychiatrique.

4. Le 22 janvier 2010, la recourante a spontanément produit trois rapports supplémentaires.
5. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 28 janvier 2010 à l'issue de laquelle la recourante s'est déclarée prête à se soumettre à une nouvelle expertise pluridisciplinaire à condition que cette dernière soit pratiquée par des médecins n'appartenant pas au SMR et que le volet ORL soit confié à un médecin spécialisé en neuro-ortho-rhino-laryngologie. Il a été convenu que l'expertise comporterait au surplus un volet purement neurologique et un volet psychiatrique et qu'il serait demandé aux trois experts de se concerter pour adopter des conclusions communes.
6. Le 4 février 2010, la recourante a produit un courrier émanant du Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH ORL. Ce dernier y explique la nécessité de faire appel à un expert spécialisé dans le domaine des vertiges et suggère de faire appel à l'un des spécialistes suivants : les Drs Q\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_ ou S\_\_\_\_\_. Il recommande plus particulièrement le premier, dont il explique qu'il pratique lui-même les expertises qui lui sont confiées.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA (voir ATF 130 V 343).

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. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 28 février 2006.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. 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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que

---

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 arrêts cités).

Dès lors, 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).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné 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 (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 in fine).

8. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). Elle est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.).

De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

9. En l'espèce, il apparaît que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires, ainsi que l'on relevé tant le Dr N\_\_\_\_\_ que le Dr O\_\_\_\_\_, pour évaluer de manière plus précise les répercussions des atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail. Des investigations supplémentaires ont été préconisées par le SMR et accueillies favorablement par la recourante.

La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans comme des parties, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant précisé que l'instruction en question consistera notamment, comme convenu lors de l'audience, en une expertise pluridisciplinaire, comportant un volet ORL confié à un médecin spécialisé en neuro-ortho-rhino-laryngologie - si possible le Dr Q\_\_\_\_\_, à défaut, l'un des deux autres médecins mentionnés par le Dr P\_\_\_\_\_, mais également un volet psychiatrique et un volet neurologique, lesquels seront confiés à des spécialistes externes au SMR.

10. Il est rappelé que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens ainsi que de ceux de son mandataire. Or, tel est le cas en l'espèce dès lors qu'il est avéré que l'instruction du dossier nécessite d'être complétée.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant la période postérieure au 28 février 2006.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 800 fr. à titre de dépens.
5. Renonce à la perception d'un émolument.
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 ; 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

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