

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4268/2006

ATAS/364/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 27 mars 2008**

En la cause

Madame Q \_\_\_\_\_, domiciliée au GRAND-LANCY,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
RIONDEL Patrice

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine KOEPEL et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Madame Q\_\_\_\_\_, née en 1946, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de coiffeuse, a travaillé comme salariée puis a exploité un salon de coiffure pour son propre compte à partir de 1989.
2. L'intéressée souffre d'une hypoacousie d'importance moyenne depuis de longues années; l'assurance-invalidité a pris en charge les frais d'un appareil acoustique, ainsi que son renouvellement à plusieurs reprises.
3. En novembre 1999, un carcinome épidermoïde de l'amygdale droite a été diagnostiqué chez l'intéressée qui a été hospitalisée et a subi un traitement de radiothérapie et chimiothérapie.
4. Le 7 décembre 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente.
5. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 3 juillet 2001, le docteur A\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL), a attesté de l'incapacité totale de travailler de l'assurée depuis le 1er janvier 2000. Il a indiqué que la patiente se plaignait d'une fatigue générale et accusait une perte pondérale. Au cours d'un entretien téléphonique avec le médecin-conseil de l'OCAI, le docteur A\_\_\_\_\_ a précisé que sa patiente souffrait également d'une sécheresse de la bouche et d'une rigidité du pharynx entraînant des difficultés pour s'alimenter et pour parler. Le médecin a estimé que l'activité de coiffeuse n'était plus possible, car trop pénible, mais qu'en revanche, une activité légère, à mi-temps, de type bureau mais sans contact avec la clientèle, serait envisageable, probablement depuis l'été 2001.
6. Le 20 février 2002, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision aux termes duquel sa demande de prestations était rejetée. Après avoir comparé les gains réalisés avant l'atteinte à la santé à ceux qui pourraient être obtenus dans une activité légère exercée à mi-temps dans l'industrie, l'OCAI concluait à l'absence de perte de gain.
7. L'assurée a contesté ce projet. Elle a fait valoir qu'elle a essayé de remettre son salon, sans succès. A la suite des traitements médicaux, sa santé est devenue précaire, elle a subi une perte de poids importante (elle ne pesait plus que 44 kilos pour une taille de 166 cm) et était très rapidement fatiguée, de sorte qu'une activité, même légère et à mi-temps, semblait impossible. Elle a ajouté qu'elle ne pouvait parler que pendant de courtes périodes, ne pouvait porter aucune charge et que conserver longtemps la position assise lui était impossible, en raison de ses douleurs dorsales. Enfin, elle a fait remarquer qu'au vu de son âge et de sa

formation, elle n'aurait aucune chance de trouver un nouvel emploi sans mesures professionnelles. Elle a encore demandé à être examinée par le médecin-conseil de l'assurance.

8. Le 10 septembre 2002, l'assurée a communiqué à l'OCAI un certificat médical établi par son médecin traitant, le docteur B\_\_\_\_\_. Ce dernier y indiquait que son état de santé était très altéré et qu'elle n'avait pas repris de poids. Selon ce praticien, la capacité de travail de sa patiente était nulle pour une durée indéterminée, probablement très prolongée, voire définitive.
9. Le C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a procédé à une expertise à la demande de l'OCAI.

Dans son rapport du 30 juin 2003, l'expert a relevé que les problèmes principaux de l'assurée avaient commencé en novembre 1999, lorsqu'un cancer de l'amygdale avait été diagnostiqué. Suite à un traitement de radiothérapie et de chimiothérapie en 1999-2000, la tumeur était en rémission complète.

L'expertisée se plaignait d'un état de fatigue permanent.

Sur la base de son examen clinique, l'expert a signalé une dentition en très mauvais état, conséquence des traitements subis, et une importante amyotrophie généralisée. Il a relevé une insuffisance pondérale qu'il a qualifiée de légère, avec un indice de masse corporelle (IMC) de 16 (43 kilos pour 163 cm). L'expert a également mentionné des troubles statiques importants de la colonne vertébrale, sans déficit sensitivo-moteur. Il a ajouté que, par ailleurs, le problème d'audition de l'assurée était corrigé de manière satisfaisante grâce à l'appareillage, avec une intelligibilité de 100 % à 70 dB.

L'expert a conclu que la légère insuffisance pondérale de l'assurée n'était pas une contre-indication à l'exercice d'une activité professionnelle, puisque l'intéressée était capable de préparer à manger, de promener son chien, de faire de la broderie et des mots croisés, ce d'autant que le problème pouvait être résolu par une optimisation de l'alimentation sous contrôle d'un nutritionniste. Il a estimé qu'une activité professionnelle de type employée de bureau, à 50 %, sans contact direct avec la clientèle, était raisonnablement exigible et ce depuis le 1er septembre 2001.

Sur requête du médecin-conseil de l'OCAI, l'expert a encore précisé que la date d'exigibilité de la reprise d'un travail devait être fixée 2-3 mois après la fermeture de la gastrostomie qui s'était déroulée en été 2001.

10. Par décision du 24 février 2004, l'OCAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er janvier au 30 novembre 2001, assortie d'une rente complémentaire pour son époux. Se référant à l'expertise réalisée par le docteur C\_\_\_\_\_, l'OCAI a considéré que l'assurée était en mesure d'exercer une

activité légère, à mi-temps, dès le 1er septembre 2001, lui permettant de réaliser un revenu annuel de 17'243 fr. En comparant ce gain au revenu d'indépendante réalisé avant l'atteinte à la santé, soit 14'426 fr., l'OCAI a constaté qu'il n'en résultait aucune perte de gain.

11. L'assurée a formé opposition en date du 18 mars 2004. Elle a contesté être en mesure d'exercer une activité partielle, même légère. Elle a fait état notamment de problèmes dentaires importants survenus en 2001 et 2003, expliquant que toutes les dents de la mâchoire supérieure avaient dû être arrachées et qu'il était prévu d'en faire de même pour celles de la mâchoire inférieure. L'assurée a souligné ses difficultés à s'alimenter, ayant entraîné une perte pondérale importante et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, non limitée dans le temps.
12. Par décision du 7 juin 2004, l'OCAI a confirmé la décision litigieuse.
13. Le 30 juin 2004, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en contestant l'appréciation de l'expert quant à l'incidence de son insuffisance pondérale sur sa capacité résiduelle de travail. Elle a fait remarquer que son IMC était de 12,91 en octobre 2002, de 15,88 en décembre 2000, et qu'il est retombé à 14,34 en juin 2004. Elle a allégué que cet état de cachexie l'empêche de travailler et que, malgré un régime alimentaire suivi sur les conseils d'une nutritionniste, elle n'a pu reprendre du poids. Enfin, elle a fait remarquer qu'elle ne possède pas la formation nécessaire pour exercer une activité de bureau telle que préconisée par l'OCAI. Elle s'est enfin étonnée du fait que l'OCAI, bien qu'il l'ait reconnue apte à travailler à 50 %, ne lui ait pas proposé un recyclage.
14. Dans un certificat médical établi le 6 août 2004, le docteur B\_\_\_\_\_ a indiqué que la cachexie de sa patiente ne s'était pas améliorée et qu'une nouvelle complication était survenue, sous la forme d'une aphonie.
15. Par courrier du 13 octobre 2004, l'OCAI a communiqué au Tribunal de céans la détermination du Service Médical Régional (SMR), auquel a été soumis le rapport du docteur B\_\_\_\_\_. Le médecin du SMR n'excluait pas que l'état de santé de la recourante se soit détérioré durant la période de juillet 2003 à juin 2004.
16. Questionné par le Tribunal, le docteur B\_\_\_\_\_ a précisé, par courrier du 3 novembre 2004, que sa patiente présentait, en janvier 2001, une cachexie, avec un IMC de 14,3; son poids était actuellement de 42 kg pour 167 cm (correspondant à un IMC de 15,1). Le médecin a expliqué que la cachexie était caractérisée par un état de faiblesse, de fonte musculaire grave et de perte de poids importante et qu'elle était souvent la conséquence d'une maladie tumorale. Il a fait remarquer que la perte de poids de sa patiente atteignait plus de 25 % de son poids normal et que la patiente présentait un degré de dénutrition de grade III sur une échelle de V. Quant à l'aphonie, le médecin a précisé qu'elle était survenue en juillet 2004.

17. Invité à se déterminer, l'OCAI a maintenu ses conclusions, relevant que l'aphonie était survenue postérieurement à la décision attaquée. Quant à la cachexie, l'OCAI s'est référé à l'avis du SMR, qui estime que ce terme est inapproprié dès lors que l'IMC n'est pas inférieur à 15.
18. Constatant que les avis médicaux divergeaient quant à la notion même de cachexie, le Tribunal de céans s'est référé à la définition du Larousse médical (éd. 1995), dont il ressort que la cachexie n'est pas une affection, mais un symptôme dont les causes sont diverses; elle est décrite comme un état d'affaiblissement profond de l'organisme, lié à une dénutrition très importante.

Le Tribunal de céans a relevé que, selon un rapport de l'Unité de Nutrition du Département de Médecin interne des HUG établi en date du 22 décembre 2004 et produit par la recourante en cours de procédure, cette dernière présentait un état de dénutrition sévère avec cachexie (42,2 kg pour 167 cm = IMC 15.1). Le Tribunal de céans a rappelé qu'au demeurant, il importait peu de savoir si seul le fait de présenter un IMC inférieur à 15 permettait de conclure à une cachexie ou non, le point décisif étant plutôt de déterminer l'incidence de l'état de santé de l'assurée sur sa capacité de travail.

Le Tribunal a constaté que la perte pondérale observée par le médecin traitant atteignait plus de 25 % du poids normal de la recourante avant sa maladie. Il a estimé que, si l'on tenait compte du fait que l'assurée présentait, avant l'apparition de son cancer, un poids qui se situait dans les limites normales (IMC de 18 à 25), le terme de "légère" insuffisance pondérale employé par le docteur C \_\_\_\_\_ n'était guère convaincant, d'autant que le Département de nutrition des HUG mentionnait, lui, un état de dénutrition sévère, avec cachexie.

Estimant qu'il y avait là de quoi mettre en doute les conclusions de l'expert quant à la capacité de travail de l'assurée, d'autant que son appréciation ne tenait pas compte des difficultés liées aux problèmes d'audition et d'élocution de l'intéressée, le Tribunal de céans, dans un arrêt du 20 avril 2005 (ATAS 330/2005), a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'un nouvel examen médical, afin de déterminer si et dans quelle mesure les atteintes à la santé présentées par l'assurée - notamment l'état de dénutrition et de faiblesse générale - avaient une incidence sur sa capacité de travail et, le cas échéant, de préciser quelle(s) activité(s) serai(en)t exigible(s) de sa part et quelles mesures de réadaptation entreraient en considération.

19. Conformément au jugement rendu par le Tribunal de céans, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au docteur E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Ce dernier a rendu son rapport en date du 24 novembre 2005 (pièce 100 OCAI).

Il ressort de ce rapport que l'assurée souffre toujours des séquelles du traitement nécessité par le carcinome. Elle décrit des difficultés à avaler ainsi qu'à mâcher.

Elle se plaint également de fatigue au moindre effort. Le médecin a relevé par ailleurs que l'élocution était difficilement compréhensible, que la voix était bitonale et paraissait enrouée, que l'audition n'était en revanche pas entravée dans la relation individuelle du fait de l'appareillage. Ce médecin a posé les diagnostics suivants, présents depuis mars 2000 : xérostomie et odyndysphagie secondaire au traitement, avec troubles de la prise alimentaire et dénutrition secondaire ; dysphonie suite à une hémifixation laryngée droite (voix rauque sur paralysie de la corde vocale droite). Il a également mentionné à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un status après chimio et radiothérapie de l'oro-pharynx et des ganglions cervicaux sus-claviculaires pour un carcinome, une fibrose de la région cervicale droite séquellaire de radiothérapie, un syndrome de Frey omolatéral droit, une surdité bilatérale après otite et un syndrome pulmonaire obstructif.

En tant que limitation, le médecin a retenu des troubles moteurs de l'arrière gorge et du pharynx, une gêne objective pour l'ingestion des aliments, un trouble de la déglutition qui nécessitait de passer les aliments au mixer, un état de dénutrition général, une atrophie musculaire modérée et une diminution des réserves de graisse sous-cutanée entraînant une fatigabilité, ainsi qu'une difficulté d'expression orale (la compréhension demande une attention soutenue en raison d'une paralysie de la corde vocale droite et d'une sécheresse de la bouche). Il a relevé que le sujet mesurait 1,62 m et non 1,67 m, que le poids idéal minimum théorique était de 47,3 kg, ce qui donnait un BMI de 18,05, que la perte pondérale maximale avait été de 5,6 kg ou 10,7% du poids corporel de départ, noté au moment du diagnostic, soit le 13 décembre 1999, et qu'elle avait été atteinte au mois de mars 2000. Depuis lors, le poids oscillait autour de 42 kg. On était en présence d'une réduction des apports alimentaires consécutive à une difficulté chronique à avaler. Il a relevé que les amaigrissements intervenant en conséquence de maladie grave, lorsqu'ils sont massifs, entraînaient des conséquences biochimiques mesurables. Dans le cas de l'assurée, il a relevé une asthénie à l'anamnèse, un amaigrissement final, après récupération de la perte aiguë due au traitement, de 11% du poids corporel. Biologiquement, il a estimé qu'il n'y avait pas de conséquence mesurable (normalité des valeurs dos es). A l'examen, il n'y avait pas d'œdème ou d'autre signe consécutif à une dénutrition sévère. En conséquence, sur la base d'une perte de poids avérée de 11% du poids de départ, l'expert a estimé qu'on pouvait parler de maigreur importante mais non de cachexie.

Il s'est ensuite posé la question de la capacité de travail en relation avec les séquelles décrites et notamment la maigreur et la fatigabilité qui lui est liée. Il a tenu compte du fait que, depuis 2001, l'état général était stable et le sujet avait conservé un bon dynamisme. Il a estimé qu'une capacité résiduelle de travail de trois heures par jour dans une activité de petite manufacture était exigible ou 35 % dans une activité en position assise impliquant une précision, sans charge communicationnelle. Le syndrome pulmonaire obstructif ne provoquait de

symptôme qu'en cas d'activité physique, mais n'était pas symptomatique au repos. Il ne contre-indiquait pas une activité professionnelle de type petite manufacture à horaire partiel.

Au plan physique, il a mis en exergue la faiblesse du poids, liée à une difficulté à s'alimenter entraînant une fatigabilité qui devait être retenue en tant que limitation. Il n'a pas retenu, par contre, de limitation au plan psychique et mental. Enfin, sur le plan social, il a relevé la difficulté d'élocution et la surdité qui constituaient une limitation de la relation ayant des répercussions sur l'activité professionnelle. Il a encore mentionné que selon lui, la capacité de travail de l'assurée était allée en décroissant depuis décembre 1999 suite aux séquelles du traitement. Il a préconisé une réorientation professionnelle vers une activité de petite manufacture.

Ce rapport a été soumis au docteur D\_\_\_\_\_, du SMR. Dans son avis du 28 février 2006, ce médecin a fait remarquer que le docteur C\_\_\_\_\_ notait un poids de 43 kg en 2003 alors que le docteur E\_\_\_\_\_ avait noté un poids de 42,2 kg en 2005. Il a également relevé que l'état de cachexie avait été réfuté par l'expert et que l'aphonie survenue en juillet 2004 n'existait plus. Les conclusions du docteur E\_\_\_\_\_ rejoignaient plus ou moins celles du docteur C\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail, estimée à trois heures par jour. Il restait encore à déterminer si des mesures de réadaptation étaient nécessaires, mais vu que l'assurée estimait être totalement incapable de travailler sa motivation risquait d'être peu marquée.

20. Par courrier du 28 avril 2006, l'assurée a fait remarquer que le docteur E\_\_\_\_\_ avait ignoré les avis médicaux produits durant la procédure judiciaire, soit ceux des docteurs B\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ ainsi que G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ de l'unité de nutrition de l'hôpital cantonal. Elle a dès lors maintenu la conclusion visant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
21. Le 8 mai 2006, elle a communiqué à l'OCAI un rapport établi par le docteur I\_\_\_\_\_, radiologue, en date du 10 avril 2006. Ce dernier relevait des signes compatibles avec une radio-ostéo-nécrose de la branche horizontale des deux côtés et de la branche montante gauche ayant légèrement progressé par rapport à l'examen précédent, ainsi que des signes d'une atrophie de la corde vocale à droite. Par ailleurs, il a indiqué que l'examen était superposable à celui pratiqué précédemment, le 1<sup>er</sup> juin 2004.
22. Après examen du dossier, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a conclu à un degré d'invalidité de 15% insuffisant pour ouvrir droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. La division a comparé le revenu que pourrait obtenir l'assurée en tant que femme exerçant une activité dans les industries manufacturières simples et répétitives (12'324 fr. ; ESS 2002, tableau TA1, ligne 15, 37, activité niveau 4 : 3'820 fr. pour 40 heures par semaine ; compte tenu d'un

horaire de travail de 41,7 heures et après annualisation, le revenu s'élevait à 47'788 fr. en 2002, respectivement 46'948 fr. par année en 2001. Pour une activité exercée à hauteur de 35 % et après abattement maximal de 25 %, le montant déterminant était de 12'324 fr.). Elle l'a comparé au revenu qu'aurait réalisé l'assurée sans atteinte à la santé en 2001, soit 14'426 fr. (basé sur les comptes et bilans de l'intéressée), ce qui donnait un degré d'invalidité de 14,6%.

23. Le 12 septembre 2006, l'OCAI a fait parvenir à l'assurée un projet d'acceptation de rente limitée à la période du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 1<sup>er</sup> décembre 2001. Les avis des deux experts mandatés depuis le début de la procédure concordent et infirment celui du médecin traitant. Or, les experts étaient tombés d'accord sur le fait qu'une activité à raison de trois à quatre heures par jour serait exigible depuis le mois de septembre 2001.
24. L'assurée a maintenu sa position (courrier du 25 septembre 2006). Alléguant que les conséquences de la radiothérapie ont entraîné une dégradation de son état de santé, qu'il est très difficile voire impossible de la comprendre, qu'elle est dans l'obligation de réduire par ailleurs tous ses aliments en purée, qu'elle a subi en outre un tassement de la colonne vertébrale et une perte de taille de 5 cm, elle conclut que sans une réorientation professionnelle vers une activité de petite manufacture, elle ne peut en aucun cas exercer une quelconque activité.
25. Par décision du 17 octobre 2006, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière limitée dans le temps à la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2001.
26. Par mémoire du 16 novembre 2006, l'assurée a interjet recours contre cette décision. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2001, non limitée dans le temps. Elle allègue être dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité, invoque les rapports du service de nutrition des HUG et de son médecin traitant, rappelle qu'elle n'a jamais exercé d'autre profession que celle de coiffeuse et qu'elle n'a donc aucune formation lui permettant de travailler dans le domaine du secrétariat par exemple : quoi qu'il en soit, compte tenu des séquelles de la radiothérapie, elle ne peut exercer d'activité nécessitant un contact direct avec la clientèle. Enfin, elle mentionne que des polypes au colon ont été découverts, dont un avec une forme cancéreuse, ce qui est la conséquence de son cancer de la gorge précédent.
27. L'OCAI, dans sa réponse du 15 janvier 2007, conclut au rejet du recours. Il se réfère au rapport d'expertise du docteur E\_\_\_\_\_, sur la base duquel il a procédé à l'examen théorique du degré d'invalidité ayant abouti à un taux de 15%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. Il a toutefois spécifié que l'assurée pourrait bénéficier de l'aide du service de placement de l'assurance-invalidité pour autant que cette dernière démontre une motivation réelle à la reprise d'une activité correspondant à l'exigibilité médicale.

S'agissant de la nouvelle maladie grave survenue récemment et impliquant une intervention chirurgicale ainsi que de nouvelles thérapies, l'OCAI s'est déclaré disposé à instruire une demande de révision postérieure à la décision querellée pour autant que l'intéressée fournisse toutes les pièces médicales susceptibles de le renseigner sur son état actuel de santé et sur son évolution.

28. Par courrier du 9 février 2007, l'assurée a maintenu ses conclusions en rappelant qu'elle atteindrait l'âge de 61 ans au mois de mai 2007, qu'elle n'a jamais exercé d'autre activité que celle de coiffeuse et qu'il lui est donc indispensable d'avoir une formation pour retrouver une activité.
29. Le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties le 11 octobre 2007, lors de laquelle l'assurée, s'exprimant par son mandataire en raison de ses problèmes d'élocution (voix inaudible), s'est expliquée sur ses revenus en tant que coiffeuse. Elle a expliqué que si ces derniers étaient aussi bas, c'était dû aux charges très importantes, à des prix pratiqués bien en-deçà de ceux du marché et à une clientèle fidèle mais sporadique. Le chiffre d'affaires avait diminué depuis 1995 suite à une perte de clientèle et au déménagement du salon. La recourante a par ailleurs précisé ne pouvoir se nourrir que de matières absolument liquides vu l'absence de salive. En raison de son problème d'élocution, elle n'était plus à même d'employer le téléphone et était extrêmement gênée dans sa vie quotidienne. Ce handicap avait des conséquences non négligeables sur sa capacité de travail résiduelle : en effet, elle ne pouvait se faire comprendre de ses interlocuteurs que dans un environnement absolument silencieux et sans résonance. Par ailleurs, et même si elle était appareillée, il fallait que la personne qui s'adresse à elle articule et parle lentement pour qu'elle puisse la comprendre. Elle a également expliqué que si elle prenait des comprimés de Temesta, c'était pour pallier ses crises d'angoisse nocturnes, mais qu'elle n'arrivait pas à se lever avant 10 heures.
30. Le 26 octobre 2007, la recourante a produit, sur demande du Tribunal, les bilans relatifs aux exercices comptables 1995 à 2001. Elle a précisé avoir remis son fond de commerce en 2002 au vu de ses problèmes de santé. Le produit de ladite vente lui avait permis d'assumer son entretien courant en appoint au salaire de son époux. Elle a également joint un budget concernant le couple, duquel il ressort que le salaire de son époux permet d'assurer les dépenses vitales du couple, sans plus. Par ailleurs, du point de vue de son état de santé, celui-ci ne cessait de s'aggraver : il avait été mis en évidence que les aliments liquides passaient directement dans les poumons, ce qui avait nécessité la pose d'une sonde stomacale. Toutefois, le diagnostic final n'avait pas encore été posé.
31. L'OCAI s'est déterminé sur le calcul du taux d'invalidité par courrier du 30 novembre 2007. Il a fait savoir que le montant de 14'426 fr. retenu à titre de revenu avant invalidité correspondait à la moyenne des bénéfices des années 1996 à 1998,

indexée selon l'indice des salaires nominaux. Lesdites années prises en considération étaient pertinentes en l'espèce, étant donné qu'il s'agissait des dernières années avant l'atteinte à la santé. Les bilans produits par la recourante confirmaient d'ailleurs le chiffre retenu.

Quant au revenu d'invalidité, il avait été déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, compte tenu d'une activité simple et répétitive exercée dans le domaine industriel par une femme, d'une capacité résiduelle de travail de 35 % (sur un taux horaire hebdomadaire de 41,7 heures) et d'un abattement supplémentaire de 25 %.

En fin de compte, l'OCAI a confirmé son appréciation aboutissant à un taux d'invalidité de 15 % (dû aux faibles revenus réalisés par l'intéressée dans le cadre de son activité indépendante avant l'atteinte à la santé) excluant le maintien du droit à une rente au-delà du 30 novembre 2001.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité non limitée dans le temps, singulièrement sur le taux d'incapacité de travail et de gain qu'elle présente.
4. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 17 octobre 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au

regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

b) Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 consid. 4 et les références).

c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examinée à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 et les références). D'après les art. 41 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et 17 LPG (applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003), 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. 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 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 et les références).

6. a) En l'espèce, l'intimé a considéré que les conclusions du docteur E\_\_\_\_\_ rejoignaient celles de l'expert précédent (docteur C\_\_\_\_\_) et qu'il n'existait pas de motif de s'en écarter. Par conséquent, il a retenu une capacité de travail de 35 % dans une activité adaptée, en position assise, dans le domaine de l'industrie manufacturière, sans tâches de communication.

La recourante estime quant à elle que l'expertise du docteur E\_\_\_\_\_ ne saurait emporter la conviction et requiert que sa capacité résiduelle de travail (ou plutôt son incapacité totale) soit constatée sur la base des rapports des différents médecins qui l'ont soignée.

b) Le Tribunal de céans observe que les deux rapports d'expertise diligentés se rejoignent dans leurs conclusions. Cette seule considération ne saurait, à elle seule et en présence d'avis divergents d'autres praticiens - certes médecins traitants de la recourante - fondés sur des constatations objectives et dûment motivées, avoir pour conséquence la reconnaissance, sans autre analyse du dossier, du caractère probant et définitif des conclusions desdits experts. Bien au contraire, il apparaît que le premier rapport d'expertise, rendu par le docteur C\_\_\_\_\_ en date du 30 juin 2003 - et qui n'avait d'ailleurs pas emporté la conviction du Tribunal lors de la première procédure de recours en raison notamment de l'absence de concordance des médecins sur la notion de cachexie - fonde l'exigibilité d'une activité salariée sur des motifs sans pertinence. En effet, les activités quotidiennes et partiellement récréatives de l'intéressée, effectuées à son rythme et sans contrainte de rendement

notamment, telles que la broderie, les mots croisés, les promenades avec son chien et la préparation des repas ne sont en aucune mesure comparables à une activité professionnelle. Par ailleurs, la capacité de travail résiduelle partielle (50 %) reconnue par l'expert C\_\_\_\_\_ reposait également sur l'hypothèse d'une amélioration des problèmes nutritionnels grâce au suivi d'un régime sur les conseils d'un diététicien. Or, l'expérience a démontré que les efforts faits en la matière par la recourante n'avaient non seulement pas été couronnés du succès escompté, mais que la situation n'a cessé de se péjorer. A l'heure actuelle, l'intéressée n'est même plus en mesure de s'alimenter par voie orale en raison d'un passage direct des aliments de l'estomac dans les poumons.

Quant aux conclusions de l'expertise réalisée par le docteur E\_\_\_\_\_, on relève en premier lieu qu'elles sont fondées sur des prémisses erronées. Après vérification dans les divers documents du dossier, on peut constater que les mesures du poids et de la taille dûment établis au fil des ans par les médecins traitants ne correspondent pas à ceux sur lesquels l'expert a fondé son opinion. En particulier, la perte pondérale (entre le moment du diagnostic de la maladie cancéreuse et l'expertise) n'a pas été de 5,6 kg, mais de 10,1 kg ; elle ne correspond donc pas à 11 % de perte de la masse pondérale, mais à 20 %. La perte maximale n'a pas été atteinte en mars 2000, mais en 2005, à la date de l'expertise, ce qui contredit également la constatation selon laquelle l'assurée aurait récupéré une partie de son poids corporel. En outre, la mesure de la taille figurant au dossier (167 cm) ne procède pas d'une erreur contrairement à ce que l'expert semble tenir pour avéré, mais bien plutôt d'une diminution de la taille de l'intéressée (mesurant à la date de l'expertise 162 cm), due selon toute vraisemblance à des troubles statiques de la colonne vertébrale (au demeurant mentionnés déjà par l'expert C\_\_\_\_\_) secondaires au problème de dénutrition, ce que le docteur B\_\_\_\_\_ explique de façon fort convaincante. Or, cette perte de taille constante (167 cm le 2 octobre 1998, 165 cm le 7 janvier 2002, 163 cm les 8 mars 2002 et 30 juin 2003, 162 cm le 24 novembre 2005) n'est pas sans incidence sur la mesure de la masse corporelle (IMC ou BMI) utilisée par le docteur E\_\_\_\_\_ pour fixer l'état de malnutrition/amaigrissement. Dans ces circonstances, les conclusions de l'expert relatives au poids et à la masse corporelle de l'assurée sont dépourvues de toute valeur probante. Par ailleurs, l'expertise du docteur E\_\_\_\_\_ comporte une contradiction manifeste entre ses constatations et les remarques relatives à la capacité de travail : on ne comprend effectivement guère comment une patiente, dont l'état général est qualifié de stable depuis 2001, pourrait voir sa capacité de travail aller en décroissant depuis 1999 sur séquelles des traitements subis. Aussi est-il encore moins explicable de fixer une capacité de travail à 35 % de façon globale pour une période s'étendant de 2001 à 2005, alors qu'elle était nulle auparavant.

c) L'ensemble de ces remarques a pour conséquence qu'il n'est point possible de retenir les conclusions de l'expertise du docteur E\_\_\_\_\_, qui doit se voir nier

toute valeur probante. Au mieux pourrait-on reconnaître que les conclusions sont trop optimistes, eu égard à l'inexactitude (en faveur d'un état de santé meilleur et, partant, d'une capacité de travail supérieure à ce qui est véritablement le cas) de nombreux éléments de faits sur lesquels l'expert a fondé son jugement. A ceux-ci s'ajoutent les constatations sans équivoque et peu encourageantes relatées notamment par le docteur H\_\_\_\_\_ (insuffisance de la masse graisseuse et hyperhydratation) chez une patiente dont la maigreur, la faiblesse et les problèmes d'élocution et d'audition sont apparus évidents aux membres du Tribunal lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 11 octobre 2007.

Cela étant, le juge ne saurait substituer sa propre appréciation à celle d'un spécialiste de la science médicale et fixer lui-même la capacité de travail résiduelle. Il convient bien plutôt en l'espèce de s'en tenir à l'avis du médecin traitant, le docteur B\_\_\_\_\_, aux termes duquel sa patiente présente une totale incapacité de travail depuis janvier 2000, début du délai de carence.

Quoi qu'il en soit, dans le contexte d'une limitation de la rente dans le temps - induisant l'application des principes relatifs à la révision de la rente (cf. jurisprudence référencée au consid. 5d ci-dessus), il n'est pas possible de conclure à une quelconque amélioration de l'état de santé de la recourante ni de sa capacité de travail dans une mesure influant notablement sur son taux d'invalidité, fixé - avec raison - à 100 % par l'intimé pour la période s'écoulant entre janvier 2001 et novembre 2001. La limitation de la rente à cette dernière date n'est dès lors pas fondée et le versement des prestations doit être poursuivi.

7. a) Par surabondance, le Tribunal de céans ajoute que même si l'on devait s'en tenir à la capacité de travail telle que définie par l'expert E\_\_\_\_\_, on aboutirait au même résultat pour les motifs suivants.

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement au moment déterminant de la révision de ce droit; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même

moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

c) L'intimé a déterminé le revenu avec invalidité de l'intéressée sur la base des salaires statistiques, la profession habituelle de coiffeuse n'étant plus exigible.

Or, il apparaît pour le moins improbable qu'un marché du travail équilibré puisse offrir un nombre de postes de travail suffisants à la recourante, lui permettant de mettre à profit une capacité de travail même réduite au vu de ses limitations fonctionnelles. On ne voit en effet pas quel type de poste serait adapté à une personne ne pouvant œuvrer que dans des professions légères, en position assise uniquement, à un taux d'activité de 35 % réparti sur les cinq jours de la semaine (3 heures par jour) et dont les capacités de communication sont quasiment réduites à néant. L'ensemble de ces limitations nécessiterait une adaptation de poste (tant horaire que physique), ainsi que des aménagements considérables ne serait-ce que pour donner les instructions de travail utiles à l'exécution des tâches confiées à l'intéressée. Or, on ne saurait exiger d'un employeur - de surcroît dans le domaine considéré de la manufacture dont on sait que les activités se déroulent dans des ateliers en général bruyants - qu'il prenne toutes les mesures idoines pour que, à chaque fois que l'occasion se produit (soit plusieurs fois au cours de la journée - réduite - de travail), l'intéressée puisse se rendre avec son interlocuteur (supérieurs, collègues, etc.) dans un local sans bruit afin de se faire entendre et de comprendre ce qui lui est dit. De plus, il apparaît que les troubles bucco-pharyngés de l'intéressée lui rendent difficile, voire insupportable la présence en lieu climatisé. On doit en déduire qu'il n'existe, sur le marché équilibré du travail, pas de poste adapté au handicap de la recourante et que, partant, on ne peut lui reconnaître aucune capacité de gain résiduelle, si tant est qu'elle présentât (ce qui n'est pas le cas) une quelconque capacité de travail.

8. Enfin, sur le vu des circonstances du cas d'espèce, des mesures de réadaptation n'entrent pas en ligne de compte. Non seulement les limitations fonctionnelles hypothèquent toute reprise du travail, mais encore l'âge de la recourante fait qu'une telle mesure ne respecterait plus le principe de l'adéquation entre son coût et les bénéfices que l'on pourrait espérer en retirer (il ne reste à la recourante que deux ans avant d'atteindre l'âge de la retraite). De surcroît, les problèmes de santé nouvellement apparus (pose d'une sonde stomacale, découverte d'une maladie cancéreuse au niveau intestinal) n'en permettraient pas la mise en œuvre.
9. Dans ces conditions, le recours doit être admis et la décision de l'intimé réformée en ce sens qu'une rente entière de l'assurance-invalidité est octroyée à la recourante pour une durée indéterminée. L'intimé, qui succombe, supportera l'émolument de justice fixé en l'espèce à 800 fr. Il versera également à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses dépens.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 17 octobre 2006.
4. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001, sans limitation temporelle.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses dépens.
6. Met un émolument de 800 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Brigitte LÜSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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