

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/706/2009

ATAS/189/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 25 février 2010**

En la cause

Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée au GRAND-LANCY

recourante

contre

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

intimé

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

---

**EN FAIT**

1. Par décision du 17 février 2009, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) a nié à Madame B\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante) le droit à toutes prestations de l'assurance-invalidité.
2. L'OAI, se référant à l'avis du Service médical régional (ci-après : SMR), a estimé que l'incapacité de totale de travail de l'assurée n'avait duré que dix mois, au-delà desquels elle avait recouvré la capacité d'exercer à plein temps aussi bien son activité précédente qu'une activité adaptée.
3. Le 20 février 2009, la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie, diabétologie et médecine interne et médecin-traitant de l'assurée, a adressé à l'OAI un courrier.

Le médecin y alléguait que la position de l'OAI lui paraissait totalement erronée au vu de "l'histoire médicale lourde" de sa patiente et souligné que cette dernière avait souffert d'un carcinome invasif, traité entre décembre 2004 et mai 2005 par une pumorectomie, de la chimiothérapie et de la radiothérapie. Il expliquait qu'il s'agissait là d'un cancer agressif, que si sa patiente était effectivement désormais en rémission, elle devait continuer à être régulièrement suivie et qu'elle souffrait en outre d'un diabète de type 2, d'une hypertension artérielle et d'une obésité nécessitant un traitement médicamenteux important et des contrôles médicaux rapprochés. S'y ajoutait enfin un état dépressif sévère ayant conduit à une tentative de suicide par déféstration en septembre 2008 ; malgré un traitement psychothérapeutique et médicamenteux, les résultats restaient insatisfaisants sur le plan thymique.

L'OAI a fait suivre ce courrier au Tribunal de céans comme objet de sa compétence.

Ce courrier a par la suite été contresigné par l'assurée elle-même.

4. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 27 avril 2009, a conclu au rejet du recours. Il se réfère à l'avis du SMR, dont il relève que les conclusions ont été prises sur la base d'une analyse complète du dossier et notamment d'un rapport d'expertise bidisciplinaire daté du 14 novembre 2008, concluant à une pleine capacité de travail, rapport dont l'intimé soutient qu'il doit se voir accorder pleine valeur probante.
5. Une audience s'est tenue en date du 20 août 2009 au cours de laquelle a été entendu la Dresse L\_\_\_\_\_.

Cette dernière a indiqué ne pas avoir eu connaissance du rapport d'expertise.

Elle a expliqué que le type de cancer dont a souffert sa patiente présente un risque de récurrence élevé et qu'il en découle l'obligation pour l'assurée de se soumettre à une surveillance plus rapprochée (échographie, mammographie et imagerie par résonance magnétique une fois par année et contrôle gynécologique tous les trois mois). Une ovariectomie préventive avait même été envisagée. Le témoin a cependant admis que, du point de vue oncologique, il n'y avait désormais plus d'incapacité de travail, la patiente étant en rémission. De même, elle a indiqué que le diabète, l'hypertension et l'obésité dont souffrent l'intéressée n'entraînent pas non plus d'incapacité, de sorte que la demande de rente est motivée par le seul aspect psychiatrique.

Le témoin a admis que cela ne relève pas de son domaine de compétence mais a émis l'avis qu'il est néanmoins manifeste que sa patiente souffre d'un problème psychiatrique majeur, ce qui lui a d'ailleurs été confirmé par la Dresse M\_\_\_\_\_, de la Consultation de la Jonction, dont le témoin a produit un courrier, rédigé le 9 juin 2009, dont il ressort que, plutôt qu'un simple trouble dépressif, il s'agirait plutôt d'une psychose, d'un trouble bipolaire qui aurait été décompensé après la découverte du cancer et le traitement nécessité par ce dernier.

Le témoin a encore précisé que la défenestration avait bien eu lieu en août 2007, et non en septembre 2008 comme indiqué par erreur dans son courrier ; il a ajouté que la recourante est suivie depuis 2008 à la consultation de la Jonction ; c'est en constatant l'inefficacité des différents traitements que les médecins ont abouti à la conclusion qu'il y avait eu erreur de diagnostic ; s'en est suivie une modification des traitements et une amélioration notable de l'état de la patiente. En définitive, le témoin a suggéré de s'adresser à la Dresse M\_\_\_\_\_.

6. La Dresse M\_\_\_\_\_ a été entendue à son tour par le Tribunal de céans en date du 10 décembre 2009.

Elle a indiqué qu'elle suit personnellement la recourante depuis mai/juin 2008 et que les diagnostics posés ont été les suivants : trouble bipolaire de type II - ce qui signifie que durant le suivi, la recourante n'a pas présenté d'état maniaque mais seulement hypomaniaque - et trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline.

Le témoin a qualifié l'état de la recourante de plutôt stationnaire, avec des fluctuations qui ne sont pas manifestes et un état dépressif la plupart du temps modéré.

Selon la Dresse M\_\_\_\_\_, la recourante est dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité. Le témoin a expliqué que les possibilités thérapeutiques étaient très limitées car les traitements tentés avaient eu pour conséquences de nombreux effets secondaires ; la patiente restait donc en proie à ses fluctuations d'humeur, lesquelles avaient une répercussion importante sur son fonctionnement journalier,

sa vie quotidienne, mais aussi ses contacts avec son entourage. Le témoin a motivé cet avis par les fluctuations des facultés d'attention ou de concentration de la patiente, tout en précisant ne pouvoir se prononcer très précisément sur une éventuelle capacité résiduelle de travail.

Le témoin a ajouté que la recourante avait fait l'objet d'une évaluation par le programme bipolaire et s'est engagé à transmettre au Tribunal la copie du rapport établi par ce dernier.

7. Conformément à ce qui avait été convenu à l'issue de l'audience, la Dresse M\_\_\_\_\_ a fait parvenir au Tribunal de céans, par courrier du 21 décembre 2009, le rapport établi en date du 10 décembre 2009 par les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, du Programme des troubles bipolaires des HUG. Ce rapport, établi sur la base de trois entretiens effectués en présence d'un traducteur, conclut à l'existence d'un trouble bipolaire (20 réponses positives sur un total maximal de 32) de type II avec prédominance d'une symptomatologie dépressive, entrecoupée de moments d'excitation hypomane. Les médecins ont préconisé d'adapter le traitement de la patiente.
8. Ce rapport ainsi que le procès-verbal de l'audition de la Dresse M\_\_\_\_\_ ont été communiqués à l'intimé qui, en date du 4 février 2010, après les avoir soumis à l'avis du SMR, a considéré qu'une reprise de l'instruction était souhaitable. L'intimé a dès lors proposé que le dossier de l'assurée lui soit renvoyé. Il a admis que l'expertise bidisciplinaire pratiquée avait pu l'être durant une phase stable, peu symptomatique.

### **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.
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 manifeste que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires sur le plan psychique, les médecins ayant conclu à une erreur de diagnostic. Il est dès lors nécessaire de procéder à une instruction complémentaire pour confirmer les nouveaux diagnostics retenus et déterminer quelles sont leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail de 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.

**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. Annule la décision du 17 février 2009.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Renonce à percevoir 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

Isabelle CASTILLO

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