



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1374/2004

ATAS/330/2005

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**4<sup>ème</sup> chambre**

**du 20 avril 2005**

En la cause

**Madame Q** \_\_\_\_\_, comparant par Me Patrice RIONDEL, en                      recourante  
l'Etude duquel elle élit domicile

contre

**OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE,**                      intimé  
rue de Lyon 97, à Genève

**Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente, Mesdames Maya CRAMER et Isabelle DUBOIS, juges.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame Q\_\_\_\_\_, née en mai 1946, mariée, au bénéfice d'un CFC de coiffeuse, a travaillé comme salariée, puis a exploité un salon de coiffure pour son propre compte depuis 1989.
2. L'intéressée souffre d'une hypoacousie d'importance moyenne depuis de longues années pour laquelle l'assurance-invalidité a pris en charge les frais d'un appareil acoustique, ainsi que son renouvellement à plusieurs reprises. En novembre 1999, un carcinome épidermoïde de l'amygdale droite a été diagnostiqué. L'intéressée a été hospitalisée et a subi un traitement de radiothérapie et chimiothérapie. Elle a été en incapacité de travail.
3. L'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI (ci-après l'OCAI) le 7 décembre 2000, visant à l'octroi d'une rente.
4. Dans son rapport adressé à l'OCAI le 3 juillet 2001, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, a mentionné que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, en raison d'un carcinome épidermoïde de l'amygdale droite, traité par radiothérapie et chimiothérapie. La patiente présentait une fatigue générale, une perte pondérale et une sécheresse bucco-pharyngée. Au cours d'un entretien téléphonique avec le médecin-conseil de l'OCAI, ce médecin a précisé que la sécheresse de la bouche et la rigidité du pharynx entraînaient chez l'assurée des difficultés pour s'alimenter ainsi que pour parler. L'activité de coiffeuse n'était plus possible, car trop pénible. En revanche, une activité légère, à mi-temps, de type bureau mais sans contact avec la clientèle, était envisageable, probablement depuis l'été 2001.
5. Le 20 février 2002, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision, rejetant sa demande. La comparaison des gains réalisés avant l'atteinte à la santé avec ceux qui pouvaient être réalisés dans une activité légère à mi-temps dans l'industrie ne faisait pas apparaître de perte de gain.
6. L'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet. Elle a fait valoir qu'elle avait essayé de remettre son salon, sans succès. Elle a allégué qu'à la suite des traitements médicaux, elle avait une santé précaire, principalement due à une perte de poids importante, ne pesant que 44 kilos pour une taille de 166 cm. Elle est très rapidement fatiguée, de sorte qu'une activité, même légère à mi-temps, semble impossible. Elle ne peut parler que pendant de courtes périodes, ne peut porter aucune charge et la position assise pendant une longue période lui est impossible, en raison des douleurs au dos. D'autre part, en raison de son âge et de sa formation, elle n'aurait aucune chance de trouver un nouvel emploi sans lui donner une nouvelle formation. Elle sollicitait un examen médical par le médecin-conseil.

7. Le 10 septembre 2002, l'assurée a communiqué à l'OCAI un certificat médical établi par son médecin traitant, le Dr B \_\_\_\_\_, aux termes duquel elle présentait un état de santé très altéré et n'avait pas repris de poids. Sa capacité de travail était nulle, pour une durée indéterminée, probablement très prolongée, voire définitive.
8. L'OCAI a confié une expertise au Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Dans son rapport du 30 juin 2003, l'expert a relevé que les problèmes principaux de l'assurée commencent en novembre 1999 où un cancer de l'amygdale est diagnostiqué. Après un traitement de radiothérapie et de chimiothérapie en 1999-2000, la tumeur est en rémission complète. La patiente décrit un état de fatigue permanent. A l'examen clinique, l'expert signale une dentition en très mauvais état, conséquence des traitements subis, et une importante amyotrophie généralisée. L'expertisée présente une insuffisance pondérale qu'il qualifie de légère, avec un indice de masse corporelle (IMC) de 17 (43 kilos pour 163 cm). L'assurée présente également des troubles statiques importants de la colonne vertébrale, sans déficit sensitivo-moteur. La surdité est corrigée de manière satisfaisante grâce à l'appareillage, avec une intelligibilité de 100 % atteinte à 70dB. Selon l'expert, la légère insuffisance pondérale de l'assurée n'est pas une contre-indication à une activité professionnelle, ce d'autant que ce problème pourrait être résolu par une optimisation de son alimentation sous le contrôle d'un nutritionniste. L'expert a conclu qu'une activité professionnelle de type employée de bureau, à 50 %, sans contact avec la clientèle directement ou par téléphone, était raisonnablement exigible, depuis le 1er septembre 2001.
9. Par décision du 24 février 2004, l'OCAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 30 novembre 2001, assortie d'une rente complémentaire pour son époux. Se référant à l'expertise réalisée par le Dr C \_\_\_\_\_, l'OCAI a considéré que l'assurée était en mesure d'exercer une activité légère, à mi-temps, dès le 1<sup>er</sup> 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, 14'426 fr., l'OCAI a constaté qu'elle ne présentait plus de perte de gain. Elle n'avait ainsi plus droit à la rente, ni à une formation professionnelle.
10. L'assurée a formé opposition en date du 18 mars 2004, contestant être en mesure d'exercer, dès septembre 2001, une activité partielle, même légère. Elle a fait état notamment de problèmes dentaires importants survenus en 2001 et 2003, où toutes les dents de la mâchoire supérieure ont été arrachées, ainsi que d'une extraction de toutes les dents de la mâchoire inférieure prévue en mars 2004. Elle rappelle qu'elle a des difficultés à s'alimenter, ce qui a entraîné une perte pondérale importante. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
11. Le 7 juin 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition.

12. Le 30 juin 2004, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Elle conteste l'appréciation de l'expert quant à l'incidence de son insuffisance pondérale sur sa capacité résiduelle de travail, dès lors que son IMC était de 12,91 en octobre 2002, 15,88 en décembre 2000, pour retomber à 14,34 en juin 2004. Cet état de cachexie l'empêche de travailler. Elle a fait valoir qu'elle avait suivi un régime alimentaire sur les conseils d'une nutritionniste, sans succès. Elle allègue encore qu'une activité de bureau, telle que préconisée par l'OCAI, lui est impossible, car elle ne possède aucune formation en la matière. La recourante sollicite préalablement une nouvelle expertise afin de déterminer sa capacité de travail et, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a versé à la procédure un certificat médical établi par le Dr B\_\_\_\_\_ le 6 août 2004, aux termes duquel la cachexie ne s'est pas améliorée et une nouvelle complication est survenue, sous la forme d'une aphonie.
13. Dans sa réponse du 11 août 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
14. Par écriture du 4 octobre 2004, la recourante s'est étonnée de ce que l'OCAI, dès lors qu'il la considérait apte à travailler à 50 %, ne lui avait pas proposé un recyclage.
15. Dans un courrier du 13 octobre 2004, l'OCAI a communiqué au Tribunal de céans la détermination du Service Médical Régional (SMR), auquel il avait soumis le rapport du Dr B\_\_\_\_\_. Le médecin du SMR n'exclut 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 Dr 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 actuel est de 42 kg pour 167 cm, soit un IMC de 15,1. Ce médecin a expliqué que la cachexie est caractérisée par un état de faiblesse, de fonte musculaire grave et de perte de poids importante et qu'elle est souvent la conséquence d'une maladie tumorale. La perte de poids de sa patiente est de plus de 25 % de son poids normal. Actuellement, sa patiente présente un degré de dénutrition de grade III sur une échelle de V. Quant à l'aphonie, elle est 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 au terme de cachexie, il est inapproprié selon le SMR, dès lors que l'IMC n'est pas inférieur à 15.
18. La recourante a contesté l'appréciation faite par le SMR, et a joint un courrier des Dr B\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2004 et D\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2004 auxquels elle s'est référée.
19. Chacune des parties a persisté dans ses conclusions.

20. Les divers allégués des parties ainsi que les éléments pertinents résultant des pièces du dossier seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

### **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, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance, des contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 - LAI, notamment (cf. art. 56V LOJ).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En tant qu'il porte sur des faits survenus antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2003, le cas d'espèce reste régi par les dispositions matérielles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1<sup>er</sup> janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

---

Interjeté en la forme prescrite et dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision sur opposition, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI).

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). 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

D'après la jurisprudence, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a RAI, en relation avec l'art. 41 LAI, applicable en l'espèce tel qu'avant son abrogation le 1er janvier 2003 par suite de l'entrée en vigueur de la LPGA; cf. ATF 127 V 467 consid. 1 et 121 V 366 consid. 1b). Ces principes valent également pour l'octroi, avec effet rétroactif, d'une rente dégressive et/ou temporaire (ATF 109 V 125; VSI 2001 p. 275 consid. 1a).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid.1).

5. En l'occurrence, la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2001 au 30 novembre 2001. Est litigieuse la question de savoir si son état de santé s'est amélioré dans une mesure lui permettant de reprendre une activité lucrative adaptée, à 50 %, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2001, excluant tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2001.

Il n'est pas contesté que la tumeur diagnostiquée en novembre 1999 est, après traitement, en rémission complète, ni que l'activité de coiffeuse exercée auparavant n'est plus possible, car trop pénible.

La recourante présente des séquelles du traitement de radiothérapie et chimiothérapie, sous forme d'une baisse importante de l'état général, d'une sécheresse bucco-pharyngée avec des difficultés à s'alimenter ayant entraîné une perte de poids et une fonte musculaire, ainsi que des problèmes importants de la dentition.

Selon Dr B \_\_\_\_\_, médecin-traitant, la recourante n'est pas en mesure de reprendre une activité lucrative, eu égard aux séquelles de la maladie, notamment en raison de son état général très altéré. Dans son certificat médical du 10 septembre 2001, ce médecin indique que sa patiente n'a pas repris de poids après le traitement de sa néoplasie ORL et que la fonte musculaire reste inchangée et très importante. Le 16 juin 2003, il relève que l'état de santé de sa patiente ne s'est pas amélioré depuis plus de deux ans et que l'état dentaire a continué à se dégrader. Selon lui, dans ce contexte de cachexie, une reprise de l'activité professionnelle n'est pas possible. Le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH ORL, mentionne dans son rapport du 25 juin 2001 à l'attention de l'OCAI que la capacité de travail de l'assurée est de 100 %, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2000, pour une durée indéterminée. Au cours d'un entretien téléphonique avec le médecin-conseil du SMR LEMAN le 7 janvier 2002, il a toutefois admis qu'une activité légère serait envisageable à mi-temps, au moins depuis l'été 2001.

Le Dr C \_\_\_\_\_, qui a procédé à l'expertise de la recourante à la demande de l'OCAI, relève dans son rapport du 30 juin 2003 que l'assurée admet pouvoir faire elle-même ses courses et préparer ses repas. De plus, elle sort promener son chien, fait de la broderie et des mots croisés. De ce fait, l'expert en conclut qu'elle pourrait raisonnablement travailler pendant 4 heures par jour, dans une activité professionnelle de type employée de bureau, la légère insuffisance pondérale ne

constituant pas une contre-indication à une activité professionnelle. Une telle activité est exigible depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2001.

La recourante conteste ce point de vue. Elle soutient qu'elle ne souffre pas seulement d'une légère insuffisance pondérale, mais bien d'une perte de poids extrêmement importante, avec un IMC de 12,91 en octobre 2000, de 15,88 en décembre 2000 et qu'elle est retombée à 40 kilos, soit un IMC de 14,34 en juin 2004. L'assurée se réfère aux normes de l'OMS et fait valoir que ces indices démontrent un état cachectique proche de l'anorexie ; à partir d'un IMC proche de 17,8, la personne est atteinte de cachexie et ne peut plus exercer d'activité lucrative.

Pour l'intimé, le terme de cachexie est inapproprié ; selon le médecin-conseil du SMR LEMAN, qui se réfère à un document des Hôpitaux universitaires genevois (HUG), il y a cachexie lorsque l'IMC est inférieur à 15.

A la demande du Tribunal de céans, le Dr B\_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait pas de définition objective de la cachexie, mais que la manifestation la plus facile à mesurer est l'amaigrissement, avec une perte de poids de l'ordre de 10 à 20 % du poids initial. Dans le cas de la recourante, il a pu observer une perte de poids de plus de 25 % du poids initial et l'IMC était de 15,1 en novembre 2004.

6. Le Tribunal constate en premier lieu que les avis médicaux divergent quant à la notion de cachexie.

Selon le Larousse médical (éd. 1995), 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. Or, il résulte d'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, que la patiente présente un état de dénutrition sévère avec cachexie (42,2 kg pour 167 cm = IMC 15.1). Cela étant, il importe peu de savoir si seul le fait de présenter un IMC inférieur à 15 permet de conclure à une cachexie ou non ; ce qui est décisif, c'est de déterminer quelle est l'incidence de l'état de santé présenté par l'assurée sur sa capacité de travail.

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert



Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En l'occurrence, le médecin-traitant estime que sa patiente ne peut plus exercer une activité lucrative, compte tenu de son état général fortement altéré, alors que l'expert considère que la légère insuffisance pondérale n'est pas un obstacle à l'exercice d'une activité lucrative à mi-temps, de type employée de bureau, ce que l'intimé a retenu.

Le Tribunal de céans constate que la perte pondérale observée par le médecin traitant est de plus de 25 % du poids normal de la recourante avant sa maladie. Si l'on tient 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 l'expert n'est guère convaincant. D'autre part, avec un IMC de 15.1, le Département de nutrition des HUG mentionne un état de dénutrition sévère, avec cachexie. Cette appréciation est de nature à mettre en doute les conclusions de l'expert, selon lesquelles une activité lucrative à 50 % de type employée de bureau serait exigible depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2001. L'OCAI a, de surcroît, admis que l'état de santé de la recourante s'était probablement détérioré à partir de juillet 2003, soit avant sa décision.

Enfin, il y a lieu de relever que dans l'activité préconisée par l'expert, la recourante rencontre des limitations, liées à sa surdité ainsi qu'à ses difficultés d'élocution. Ces limitations n'ont pas été prises en compte par l'intimé, de même que l'absence totale de formation de l'assurée dans la bureautique. Or, si une activité raisonnablement exigible entre en considération, ce n'est qu'après la mise en œuvre des mesures de réadaptation nécessaires (art. 28 al. 2 LAI).

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la cause renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire ; il devra ordonner 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, ont une incidence sur sa capacité de travail. Si une activité lucrative est raisonnablement exigible, il conviendra alors de préciser laquelle (lesquelles) et d'examiner quelles mesures de réadaptation entrent en considération.

La recourante qui obtient gain de cause, a droit à des dépens fixés en l'espèce à Fr. 1'500.-

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

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Au fond :**

2. L'admet partiellement ;
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ;
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ;
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier:

Walid BEN AMER

La Présidente :

Juliana BALDE

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