REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1059/2007 **ATAS/713/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 20 juin 2007

En la cause

Madame M_____ recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame M_____, née en août 1962, a travaillé en dernier lieu chez X_____ à Genève, en qualité d'aide-comptable caissière, à plein temps.

2. En arrêt de travail à 100% depuis le 30 mai 2003, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 1er juin 2004, visant à l'octroi d'une rente.

3. L'OCAI s'est procuré le dossier médical de l'assurée auprès de l'assurance perte de gain ATUPRI, ainsi que de la Caisse maladie 57. Dans un rapport adressé à l'attention du médecin conseil de l'assurance perte de gain, le Dr A_____, médecin généraliste, a posé le diagnostic de dépression nerveuse depuis le début mai 2003, engendrant une incapacité de travail de 100% à compter du 30 mai 2003.

4. A la demande de l'assurance complémentaire indemnités journalières perte de gain maladie, le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé l'assurée et posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites. Dans son rapport d'expertise du 16 mars 2003 (recte: 2004), il écrit, s'agissant de la capacité de travail : "on peut penser que la reprise de travail évoluerait au plus tard comme suit: 50% de capacité de travail à compter du 17 mai 2004, soit deux mois après notre entrevue et 100% de capacité de travail à compter du 14 juin 2004".

5. Dans son rapport du 17 mars 2006 à l'attention de l'OCAI, le Dr A_____ a posé les diagnostics de HIV depuis le 12 mai 2004 et épisode dépressif de gravité moyenne F32.10 depuis mai 2003. Selon lui, l'incapacité de travail est de 100% dès le 30 mai 2003. Dans l'annexe au rapport médical, le Dr A_____ déclare que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, qu'il y a une diminution de rendement de 100%, qu'il n'y a pas d'amélioration possible de la capacité de travail au poste occupé et qu'on ne peut exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité.

6. Dans un avis du 30 août 2006, le Service médical régional Suisse-romande (SMR Suisse-romande) a suivi les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr B_____ et considéré que, du point de vue psychique, l'assurée avait subi une incapacité de travail du 30 mai 2003 au 16 mai 2004, puis une incapacité de 50% du 17 mai au 14 juin 2004, date dès laquelle elle présente à nouveau une capacité de travail totale.

7. Le 10 octobre 2006, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, dès lors que l'expertise psychiatrique mise en place par l'assureur perte de gain en mars 2004 avait retenu des symptômes qui n'entrent pas dans le cadre d'un épisode dépressif.

8. Par courrier du 23 octobre 2006, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle était anéantie par leurs conclusions, après deux ans d'attente, ajoutant qu'elle n'avait pas déposé une demande AI pour des problèmes psychologiques. Elle a informé l'OCAI que l'assurance perte de gain l'a indemnisée à 100%, sans tenir compte de l'expertise psychiatrique. Elle a exposé qu'elle ne pouvait suivre de trithérapie et qu'elle cherchait du soutien dans les médecins naturelles moins coûteuses; en effet, elle n'était plus couverte par son assurance maladie et a même suspendu les prises de sang.

9. Suite à un rappel de l'intéressée du 14 décembre 2006, l'OCAI, par décision du 12 février 2007, a rejeté la demande de prestations, se référant à l'expertise psychiatrique qui conclut à un épisode dépressif, tout en considérant qu'elle n'avait pas fait le nécessaire pour réduire le dommage, notamment en refusant de prendre des médicaments pour se soigner et suivre un traitement psychothérapeutique.

10. Par acte du 13 mars 2007, l'intéressée interjette recours, relevant que son état de santé n'est pas psychologique, mais bien physique et qu'elle a demandé en vain à l'OCAI de contacter son médecin traitant afin qu'il expose sa situation. Elle relève que l'OCAI se base sur une expertise psychiatrique faite en soixante minutes dans le bureau d'un expert payé par une assurance complémentaire de son dernier employeur, auquel elle n'a pu dévoiler son état de santé, dès lors que ce dernier ne relève pas de la psychiatrie, mais bien des compétences d'un médecin. Elle expose qu'elle ne fait pas le ménage, qu'elle est sans logement, qu'elle a dû laisser sa maison et se retrouve sans revenu. Elle conteste la décision de l'OCAI, refusant que son cas soit classé comme un problème psychologique et que l'on nie son véritable état de santé.

11. Dans sa réponse du 10 mai 2007, l'OCAI, se fondant sur l'expertise établie par le Dr B_____ le 16 mars 2006 (*recte* : 16 mars 2003? 2004?) et conclut au rejet du recours. Il précise toutefois que quoi qu'il en soit, sur le plan formel, le droit à la demi-rente devrait être établi pour une période limitée dans le temps, soit jusqu'au 13 juin 2004.

12. Dans sa réplique du 25 mai 2007, la recourante rappelle que l'expertise psychiatrique établie par le Dr B_____ a été faite à la demande de l'assurance complémentaire perte de gain. Elle soutient d'autre part que l'assurance maladie de son employeur n'a pas tenu compte de l'expertise du Dr B_____, après un entretien avec son médecin traitant et qu'elle a été couverte à 100% par l'assurance maladie perte de gain de X_____ jusqu'au 3 mai 2005. Elle dénie toute valeur probante à l'expertise du Dr B_____. Elle expose que c'est en raison de son état de santé physique, et non psychologique, qu'elle a déposé une demande de prestation auprès de l'assurance-invalidité, ce que l'OCAI a délibérément ignoré. Elle allègue enfin que son état de santé n'a cessé d'empirer.

13. Le Tribunal de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle en date du 20 juin 2007. A cette occasion, la recourante a précisé qu'elle avait été reçue par le Dr B_____ en mars 2004, ce dernier ayant été mandaté par l'assurance complémentaire en cas d'invalidité. Elle a déclaré que lorsqu'elle a rencontré le Dr B_____, elle venait d'apprendre le diagnostic de sa maladie depuis à peine un mois et son époux était en train de mourir. Le Dr B_____ ayant été tellement odieux, elle ne lui en avait même pas parlé. Elle a produit un certificat médical établi par le Dr A_____ le 19 juin 2007, certifiant qu'elle a été dans l'obligation d'interrompre totalement ses activités professionnelles pour des raisons médicales depuis le 31 mai 2003, pour une période indéterminée, ainsi qu'un décompte de la Caisse-maladie 57 du 22 janvier 2006 attestant le versement d'indemnités journalières pour la période du 1er janvier 2005 au 24 mai 2005.

    Le représentant de l'OCAI a admis qu'il y a eu un problème dans l'instruction de ce dossier.

14. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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).

    Il s'ensuit que tant les dispositions matérielles que de procédure de la LPGA s'appliquent au cas d'espèce.

4. Interjeté dans les forme et délais prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Il convient de déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   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 être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

   Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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 à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

   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; 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).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

   A cet égard, 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).

8. En l'espèce, il résulte du rapport établi par le Dr A_____, médecin traitant, le 9 février 2004 à l'attention du médecin-conseil de l'assurance-maladie que la recourante est en arrêt de travail à 100 % depuis le 30 mai 2003, en raison d'une dépression nerveuse. Le 17 mars 2006, le médecin traitant a adressé un rapport à

l'OCAI dans lequel il a posé les diagnostics d'épisode dépressif de gravité moyenne depuis mai 2003 et d'HIV depuis le 12 mai 2004, entraînant une incapacité de travail de 100 % depuis le 30 mai 2003. Il a précisé que l'ancienne activité n'était plus exigible de la recourante et qu'aucune aune activité professionnelle n'était envisageable.

L'intimé s'est fondé exclusivement sur l'expertise psychiatrique réalisée en 2004 par le Dr B_____ pour l'assurance complémentaire perte de gain de l'ancien employeur de la recourante pour conclure à l'absence d'atteinte à la santé invalidante du point de vue psychiatrique. Selon le rapport d'expertise daté par erreur du 12 mars 2003, le Dr B_____ a examiné la recourante en date du 16 mars 2004. Il a relevé que la patiente subissait divers facteurs de stress et a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites. En raison de ce trouble, il pensait que la capacité de travail évoluerait dans le sens d'une reprise de travail à 50 % dès le 17 mai 2004 et à 100 % dès le 14 juin 2004.

La recourante conteste les conclusions de l'expertise du Dr B_____, rappelant que ce n'est pas pour des raisons psychiques qu'elle avait déposé une demande de prestations, mais en raison de sa maladie. A cet égard, elle a expliqué qu'elle avait appris le diagnostic de l'affection HIV à peine un mois avant d'être examinée par le Dr B_____, mais que ce dernier s'était montré tellement odieux qu'elle n'avait pu lui révéler son état de santé. En outre, son mari était gravement malade et sur le point de mourir.

Le Tribunal de céans relève que l'instruction du dossier effectué par l'OCAI est lacunaire. En premier lieu, l'expertise du Dr B_____ ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante, dans la mesure où d'une part, l'expert a méconnu des faits importants, la recourante n'ayant pu, en raison de son attitude, lui révéler son état de santé, et d'autre part, où le diagnostic retenu apparaissait en contradiction avec les constatations du médecin traitant. Il sied de souligner aussi que l'assurance perte de gain n'a pas tenu compte des conclusions de l'expertise et a continué à indemniser la recourante. Par ailleurs, l'intimé a totalement ignoré l'atteinte à la santé somatique diagnostiquée semble-t-il en mai 2004 - laquelle au demeurant peut avoir des conséquences psychiques - et n'a pas cherché à obtenir des renseignements plus détaillés auprès du Dr A_____ qui avait pourtant bien mentionné le nouveau diagnostic. Enfin, la position du SMR est à cet égard plus qu'étonnante, puisqu'il s'est focalisé uniquement sur les conclusions de l'expertise psychiatrique effectuée plus de deux ans avant la décision, faisant fi de l'atteinte à la santé somatique qu'il a considérée comme n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travail, sans autre motivation. Or, c'est l'ensemble des atteintes à la santé de l'assurée qu'il importe de prendre en considération, ainsi que leurs répercussions sur sa capacité de travail.

Quoi qu'il en soit, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier. La cause sera en conséquence renvoyée à l'intimé afin qu'il procède dans les plus brefs délais à une instruction complémentaire auprès du Dr A_____, complétée le cas échéant par une expertise somatique et psychiatrique, et rende une nouvelle décision dûment motivée.

Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 12 février 2007.

3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

4. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.

5. 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
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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