

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1763/2009

ATAS/1363/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 29 octobre 2009

En la cause

Monsieur P_____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET
Marc

recourant

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. En septembre 2006, Monsieur P _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), employé chez X _____, s'est vu diagnostiquer une leucémie, maladie à la suite de laquelle il a également souffert d'une dépression. L'assuré a été mis en arrêt de travail, à 100% du 17 octobre 2006 au 16 septembre 2007, puis à 50% à compter du 17 septembre 2007.
2. Le 5 novembre 2007, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI).
3. Dans un rapport daté du 21 décembre 2007, le Dr A _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné les diagnostics d'épisode dépressif sévère réactionnel et de leucémie myéloïde aiguë. Le médecin a précisé que la leucémie était désormais en rémission complète. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 17 octobre 2006 au 16 septembre 2007, puis de 50% jusqu'au 6 janvier 2008, date à laquelle le médecin a émis l'hypothèse que l'assuré aurait recouvré une capacité de travail entière, avec quelques restrictions d'ordre physique (éviter les mouvements répétitifs, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur, les positions agenouillées ou accroupies et l'exposition au froid).
4. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr B _____ du service médical régional AI (SMR). Ce médecin a préconisé de se référer aux périodes d'incapacité de travail mentionnées par le Dr A _____.
5. Le 9 mai 2008, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une demi-rente du 17 octobre 2007 (date d'échéance d'un délai d'un an à compter du 17 octobre 2006) au 7 janvier 2008 (date à laquelle l'assuré avait repris son ancienne activité).
6. Par courrier du 22 mai 2008, l'assuré a fait remarquer que s'il avait effectivement essayé de reprendre le travail à plein temps en date du 7 janvier 2008, cette tentative s'était soldée par un échec puisqu'il avait dû être transporté aux urgences trois jours plus tard pour une forte dépression. En définitive, la reprise de travail n'avait véritablement eu lieu qu'en date du 28 janvier 2008 et à 50% seulement.
7. Dans un rapport du 18 juillet 2008, le Dr A _____ a qualifié l'état de santé de son patient de stationnaire. Il a réservé son pronostic pour une capacité de travail supérieure à 50%. Il a confirmé qu'après trois jours de travail à plein temps, son patient avait dû être hospitalisé d'urgence pour troubles anxieux. Au nombre des limitations fonctionnelles, il a énuméré une fatigabilité, une confusion due à l'anxiété, une impossibilité à faire face aux tâches professionnelles. Le médecin a finalement conclu à une incapacité de travail de 50% à compter du 17 septembre

2007, précisant que si l'activité habituelle était exigible, elle ne l'était qu'à hauteur de 50% et ce, de manière sans doute définitive.

8. Le dossier de l'assuré a été soumis une nouvelle fois au SMR. Le Dr B _____, dans un avis du 30 juillet 2008, a estimé que l'appréciation du Dr A _____ était "pour le moins généreuse". Il a émis l'avis qu'il était impossible, sur la base d'un épisode de surmenage professionnel passager de tirer des conclusions pour une incapacité de longue durée, d'autant que, selon le Dr A _____ lui-même, l'activité exercée était parfaitement adaptée. Le Dr B _____ a conclu qu'il n'y avait en l'occurrence aucune atteinte psychiatrique pouvant motiver une incapacité de longue durée et qu'au pire, il faudrait admettre une reprise du travail progressive sur 2 à 3 semaines.
9. Par courrier du 3 avril 2009, l'assuré a informé l'OCAI qu'une seconde tentative pour reprendre le travail à 75% le 27 mai 2008 s'était traduite par un échec, de sorte que depuis le 21 juillet 2008, il continuait à travailler à mi-temps et avait signé un nouveau contrat en ce sens avec son employeur.
10. Le 4 mars 2009, l'OCAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité limitée à la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2007.
11. Le 2 avril 2009, l'assuré a adressé à l'OCAI un courrier rédigé en ces termes :

"J'ai bien reçu votre courrier du 11 mars 2009 qui n'a pas manqué de retenir toute mon attention. Je constate qu'il y a bien un rétroactif du 1^{er} octobre au 31 décembre 2008, mais qu'en est-il du rétroactif du 1^{er} janvier 2009 à ce jour ?".
12. Par pli du 5 mai 2009, l'OCAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait considéré son courrier du 2 avril 2009 comme une nouvelle demande.
13. Par courrier du 6 mai 2009, un avocat s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré et a reproché à l'OCAI de faire preuve de formalisme excessif. Il a fait remarquer que son mandant avait écrit à l'OCAI dans le délai de recours en soutenant que la position de l'Office n'était pas soutenable dès lors que la tentative de reprise du travail à 100% s'était soldée par un échec flagrant après seulement trois jours et que depuis, la réalité des faits avait démontré que seule une capacité résiduelle de 50% était raisonnablement exigible. L'avocat en a tiré la conclusion que le courrier de son mandant, dans la mesure où il concluait implicitement à l'octroi d'une demi-rente, aurait dû être considéré comme un recours et transmis au Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.
14. C'est ce qu'a fait l'OCAI par courrier du 18 mai 2009.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 juin 2009, s'en est remis à justice quant à la recevabilité du recours. Il a néanmoins admis que le courrier que lui a adressé l'assuré en date du 2 avril 2009 aurait effectivement dû, dans le doute, être considéré comme une contestation de sa décision du 4 mars 2009. Quant au fond, l'intimé a conclu au rejet du recours en se basant sur l'avis du SMR du 30 juillet 2008 et sur le fait que le Dr A_____, dans son rapport du 21 décembre 2007, a conclu à une incapacité de travail de 0% dès le 7 janvier 2008.
16. Dans sa réplique du 7 août 2009, le recourant a conclu à l'annulation de la décision du 4 mars 2009 en tant qu'elle lui supprime le droit à la rente avec effet au 1^{er} janvier 2008 et à l'octroi d'une demi-rente à compter du 1^{er} janvier 2008 avec suite de frais ou dépens.

Il fait remarquer qu'aucun des médecins du SMR qui s'est prononcé dans le cas d'espèce n'est psychiatre, souligne que dans son rapport du 21 décembre 2007, le Dr A_____ avait déjà pris le soin de préciser qu'il n'envisageait une reprise du travail en janvier 2008 qu'à titre d'essai et qu'il a par la suite constaté que cette tentative n'avait pu se concrétiser. Le recourant ajoute que l'OCAI fait preuve d'une attitude contradictoire dans la mesure où, après avoir dans un premier temps accepté de se baser sur les incapacités de travail attestées par le Dr A_____, il s'est ensuite écarté de l'avis de ce médecin alors même qu'il qualifiait l'état de son patient de globalement stationnaire.

17. Par écriture du 1^{er} octobre 2009, l'OCAI après avoir soumis une nouvelle fois le dossier de l'assuré au SMR, a constaté que ce dernier revenait en partie sur la position exprimée jusqu'alors et admettait qu'un complément d'instruction se justifiait.

L'OCAI a dès lors modifié ses conclusions et proposé que soit mis sur pied un complément d'instruction auprès d'un médecin psychiatre neutre afin de se déterminer sur l'évolution de santé psychique de l'assuré à compter du mois de janvier 2008.

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. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent, au-delà du 31 décembre 2007, une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité. Il convient en d'autres termes de déterminer si l'état de santé du recourant s'est amélioré à la fin de l'année 2007.
4. 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). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

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 261 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 Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité 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. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). 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.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

5. Il convient encore de rappeler que 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).

6. En l'espèce, il apparaît manifeste que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires au plan psychique pour déterminer notamment quels diagnostics doivent être posés, quelle est leur incidence éventuelle sur la capacité de travail de l'assuré, comment a évolué l'état de ce dernier dans le temps et à combien doit être évaluée sa capacité résiduelle de travail. En effet, le seul spécialiste à s'être exprimé pour l'instant est le psychiatre traitant du recourant, des rapports duquel il ressort que l'état de l'assuré est stationnaire depuis décembre 2007.

L'intimé est d'ailleurs arrivé à la même conclusion puisqu'il a préconisé une expertise psychiatrique.

La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans comme de l'intimé, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision sur la période postérieure au 31 décembre 2007. Cette expertise sera de préférence confiée à un médecin indépendant.

7. Il est rappelé que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens ainsi que de ceux de son mandataire. Tel est le cas en l'espèce dès lors que l'intimé a admis que l'instruction du dossier nécessitait d'être complétée.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant la période postérieure au 31 décembre 2007.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 800 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

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