

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1901/2007

ATAS/639/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 29 mai 2008**

En la cause

Monsieur D\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, représenté par  
Monsieur R. GASQUEZ (ASSUAS)

recourant

contre

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

intimé

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

---

**EN FAIT**

1. Monsieur D\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), de nationalité américaine, arrivé en Suisse le 4 septembre 2000, a suivi une formation d'économiste.
2. Du 4 septembre 2000 au 21 avril 2003, il a travaillé pour le X\_\_\_\_\_ à raison de 40 heures par semaine. En 2002, son salaire s'est élevé à 83'151 fr.
3. L'assuré a ensuite travaillé pour Y\_\_\_\_\_ , en tant qu'associé de recherche. Il a réalisé en 2003 un salaire de 99'000 fr. et en 2004, un revenu de 102'000 fr.
4. L'assuré a été en incapacité de travail à 100% du 14 mai 2003 au 27 février 2004, à 60% du 28 février au 13 juin 2004, à nouveau à 100% du 14 juin au 23 septembre 2004, à 60% du 24 septembre au 12 octobre 2004 et à 100% à compter du 13 octobre 2004.
5. Le 26 novembre 2004, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) en invoquant une hydrocéphalie.
6. Le 8 décembre 2004, le Prof. L\_\_\_\_\_, médecin-chef du service de psychiatrie gériatrique, a posé les diagnostics de dépression majeure récurrente existant depuis 2003, de personnalité à traits cyclothymiques et de syndrome de déficit attentionnel (en précisant que ce dernier n'avait qu'une répercussion mineure et remontait à l'adolescence). Il y a ajouté, en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail, le diagnostic d'hydrocéphalie à pression normale depuis le 12 janvier 2003. Le Prof. L\_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail de 60 à 100% depuis août 2003.

Le médecin a expliqué que le patient lui avait été adressé pour un suivi psychiatrique par un neurochirurgien en août 2003, qu'il était connu pour une hydrocéphalie à pression normale consécutive à une atteinte de fièvre hémorragique, d'une part, pour un syndrome de déficit attentionnel apparu à la fin de l'enfance, traité par Ritaline, puis par Strattera, d'autre part. Le médecin a indiqué qu'il n'y avait pas d'antécédents psychiatriques, si ce n'est la difficulté liée à l'éloignement de la famille.

L'assuré se plaint de perte de l'élan vital, de sentiment de dévalorisation, de tristesse, alternant avec des moments d'hyperactivité, de fatigabilité accrue et de troubles du sommeil. Le médecin a, pour sa part, constaté au début du suivi une symptomatologie dépressive franche, caractérisée par une forte tristesse, un retrait social, une aboulie et une forte perte de l'élan vital. Il a relevé sur toile de fond une personnalité caractérisée par des fluctuations fréquentes de l'humeur, sans pour autant atteindre le niveau de la bipolarité, utilisant la fuite dans l'hyperactivité comme défense principale.

Le professeur a préconisé d'associer un traitement médicamenteux antidépresseur et stabilisateur de l'humeur à un suivi psychiatrique d'orientation psycho-dynamique. Il a émis un bon pronostic sous réserve de l'instabilité affective de base dont il a souligné qu'elle pouvait alimenter de nouvelles décompensations. Il a encore précisé qu'après une première période d'amélioration, ayant permis une reprise progressive de l'activité professionnelle jusqu'à 40%, le patient avait présenté une nouvelle rechute cinq mois auparavant, en lien avec la difficulté de soutenir l'image active et efficiente qui était la sienne par le passé. L'intensité de la symptomatologie a nécessité un changement des traitements antidépresseurs, qui a entraîné un début de bonne réponse clinique. Cependant, le médecin a souligné que la confrontation professionnelle s'avérait difficile et nécessiterait un travail par étapes.

Selon le médecin, des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influencent légèrement l'affection ; les troubles psychiques ne sont pas induits par le surmenage ; l'éloignement de la famille d'origine influence légèrement l'affection, mais que l'incapacité de travail est due uniquement à une ou à des affections physiques ou mentales. Il a conclu à une **incapacité totale de travail**.

7. Le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a également rendu un rapport médical en date du 21 décembre 2004. Il a posé les diagnostics suivants : hydrocéphalie décompensée ayant motivé la pose d'un shunt ventriculo-péritonéal, un état d'hyperactivité et un syndrome d'impatience des membres inférieurs.

Le médecin a expliqué avoir vu le patient à plusieurs reprises en 2004. La pose d'un shunt a eu pour conséquence une nette amélioration de l'état du patient, notamment concernant ses troubles de la marche et de la miction. Le médecin a souligné que le second faisceau de plaintes était lié à des troubles de la lignée attentionnelle et à un état d'hyperactivité motivant une prise en charge chronique par le Prof. L\_\_\_\_\_.

Selon le Dr M\_\_\_\_\_, les facteurs limitatifs sont liés d'une part à un discret syndrome extrapyramidal secondaire à la prise des psychotropes, mais surtout à l'état psychiatrique motivant la prise en charge persistante par le Prof. L\_\_\_\_\_.

8. Le 19 avril 2005, le Dr N\_\_\_\_\_, du Centre médico-chirurgical des Eaux-Vives, a posé les diagnostics d'hydrocéphalie drainée en 2002, d'hyperactivité, d'hypertension artérielle et d'état dépressif. Il a préconisé un examen médical complémentaire. Il a indiqué suivre l'assuré depuis le mois de novembre 2003. Le médecin a préconisé une évaluation complémentaire de la capacité de travail du patient par des neurologues et neurochirurgiens, ainsi que par un psychiatre car il ne pouvait pour sa part se prononcer.
9. L'assuré a été adressé par l'OCAI au Centre d'expertise médicale pour une expertise interdisciplinaire. Cette dernière s'est basée sur le dossier médical complété, sur l'anamnèse et deux examens cliniques psychiatrique et neuropsychologique. Les

médecins, à savoir le Dr O \_\_\_\_\_, médecin-chef, et la Dresse P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecin physique et réadaptation, ont rendu leur rapport en date du 28 juillet 2006 (pièce 43 OCAI). Une évaluation psychiatrique a été confiée à la Dresse Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie.

Il a été relevé que l'assuré avait bénéficié d'un traitement de Ritaline pour un trouble de l'attention depuis l'âge de 18 ans. Ce traitement a ensuite été remplacé par le Strattera qui a eu pour effet la disparition des difficultés de l'attention. A part cette notion de trouble de l'attention, il n'y a pas d'antécédent psychiatrique personnel ou familial.

En 2002 est apparue une symptomatologie neurologique et psychique importante (difficulté de la marche, incertitudes et chutes, céphalées, troubles visuels, troubles de la concentration et de l'attention, troubles sphinctériens), liée à une décompensation de l'hydrocéphalie à pression normale, mise en relation avec une atteinte de fièvre hémorragique qui a motivé une pose de shunt en janvier 2003.

En août 2003 a débuté un suivi psychiatrique par le Prof. L \_\_\_\_\_ à raison d'une fois par semaine ou tous les quinze jours pour un épisode dépressif majeur récurrent.

L'assuré n'a pas travaillé d'août 2003 à mai 2004, puis il a progressivement retrouvé un travail dans le contexte d'une évolution clinique favorable, mais lors de cette reprise, il s'est trouvé confronté à une perte de ses compétences et a fait une rechute dans la dépression, ce qui a entraîné un nouvel arrêt de travail d'octobre 2004 à mai 2005. A compter de juin 2005, il a progressivement repris son activité professionnelle jusqu'à un taux de 100%.

Il bénéficie d'une part, d'un lourd traitement psychotrope stabilisateur de l'humeur dans le contexte d'un trouble cyclothymique et d'un risque d'évolution vers le trouble bipolaire, d'autre part d'un traitement correcteur du syndrome extrapyramidal dû à une médication de psychotropes.

Les experts ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, trouble de l'humeur organique, hydrocéphalie, syndrome extrapyramidal induit par des médicaments et apnée du sommeil appareillée. Il a été estimé que la problématique dépressive semblait être stabilisée et sans impact majeur sur le fonctionnement de l'expertisé, tout en relevant que, vu le travail intellectuel de l'assuré, il était difficile de définir l'altération du fonctionnement supérieur, sans avoir fait un examen neuropsychologique plus précis.

Il a été souligné par ailleurs que le contexte non médical (risque professionnel et social lié à la perte des performances intellectuelles) restait menaçant pour la stabilité affective de l'assuré et augmentait le risque de rechute dépressive. Tenant compte du genre d'activité professionnelle exercé par l'assuré, de la poly-pathologie

psychiatrique et de sa complexité, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail réduite d'environ 30%, précisant toutefois qu'il s'agissait là d'une approximation globale qui restait à ajuster selon les résultats d'un bilan neuropsychiatrique.

Une évaluation neuropsychologique a donc été confiée à Mme E\_\_\_\_\_, psychologue FSP, spécialisée en neuropsychologie. Cette dernière a retenu le diagnostic de syndrome frontal de gravité modérée avec une capacité de planification et d'organisation réduite, ainsi qu'un déficit attentionnel. Elle a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un status après shunt ventriculo-péritonéal pour hydrocéphalie à pression normale, un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (diagnostic différentiel : trouble de l'humeur organique), un syndrome extrapyramidal induit par les médicaments, des troubles mentaux dus à un dysfonctionnement cérébral, un syndrome d'apnée du sommeil appareillée, des migraines, un syndrome métabolique (obésité, intolérance au glucose et hypertension artérielle). Mme E\_\_\_\_\_ a conclu à une humeur fluctuante et un trouble de l'attention apparu dès l'âge de 17, voire 18 ans, éventuellement avec un syndrome frontal débutant dans le cadre d'une hydrocéphalie qui s'est décompensé durant l'été 2002. Une franche dégradation thymique s'est installée durant l'été 2003 au point que le psychiatre traitant a diagnostiqué un trouble dépressif d'intensité sévère qui a abouti à un arrêt de travail prolongé de mi-2003 au premier semestre 2005. Avec la rémission du trouble thymique, il persiste actuellement un déficit neuropsychologique concernant les capacités de planification et d'organisation qui pourrait être compensé par une assistance ciblée et étroite tant au niveau de l'activité professionnelle que de la vie privée. Au point de vue pronostic, Mme E\_\_\_\_\_ a estimé qu'il fallait s'attendre à une persistance des déficits neuropsychologiques, alors que le trouble thymique pouvait se voir poser un bon pronostic. Elle n'a cependant pas exclu une rechute de la symptomatologie thymique. Elle a estimé que le pronostic concernant la reprise du travail était bon et a fait remarquer à cet égard que l'assuré avait déjà repris son activité à 100% en automne 2005. Ce pronostic pouvait être amélioré en mettant à disposition de l'assuré une assistance ciblée pour toutes les activités de planification et d'organisation, tant au niveau professionnel (secrétaire) que dans sa vie privée (aide à domicile, soit par des amis ou une future compagne ou par une assistance organisée).

Les experts ont finalement conclu que l'assuré présentait les limitations suivantes : au plan physique : de discrets troubles de la marche et de l'équilibre; au plan psychique et mental : une difficulté à planifier la journée, à poser des priorités dans le travail de même qu'à s'organiser dans la vie privée (gestion financière, respect des rendez-vous, organisation du propre ménage). Il a été indiqué que ces troubles ont pour conséquence que l'assuré a besoin de plus de temps qu'auparavant pour effectuer les mêmes activités. Il a besoin d'une assistance pour structurer ses

journées et son travail, sinon il se perd complètement dans des tâches, sans avoir réussi à effectuer un tri dans des priorités. Il a été relevé que l'assuré effectuait à nouveau un horaire complet depuis l'automne 2005 et qu'il y aurait une diminution de rendement d'environ 30%, s'il ne pouvait adapter son cahier de charges et bénéficier d'une assistance personnelle ciblée et étroite.

L'incapacité de travail a été évaluée de 60 à 100% entre mi-2002 et mai 2005, incapacité que les médecins ont jugé justifiée par les atteintes neurologiques et psychiatriques subies. Depuis lors, il a été relevé que l'assuré a pu reprendre le travail à la fin de l'année 2003, d'abord à 40%, qu'il a ensuite à nouveau été totalement incapable de travailler jusqu'en mai 2005, qu'il a repris le travail à 50%, puis à plein temps, dès l'automne 2005.

Selon les experts, si on donnait à l'assuré la possibilité de travailler dans une activité analytique, principalement basée sur des réflexions logiques, avec une assistante personnelle s'occupant de toutes les tâches de planification et d'organisation et l'aidant à la mise en place des priorités, il devrait retrouver une capacité de travail entière et maintenir son poste de travail actuel. Il a encore été précisé que d'autres activités seraient exigibles de sa part, mais que l'utilisation de sa capacité de travail est meilleure dans son domaine qu'ailleurs et qu'il est tellement spécialisé qu'il ne serait pas aussi efficace dans un autre domaine.

10. Le 11 octobre 2006, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision au terme duquel il se proposait de lui accorder le droit à un trois-quarts de rente du 14 mai au 12 juin 2004, à une rente entière du 13 juin 2004 au 12 août 2005, à une demi-rente du 13 août 2005 au 31 décembre 2005, étant entendu qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'assuré avait retrouvé une capacité de travail de 100% dans toute activité.

L'OCAI a admis une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 14 mai 2003, début du délai de carence. Des éléments médicaux recueillis avaient permis d'établir que sa capacité de travail à l'issue du délai de carence, soit le 14 mai 2004, était de 40% dans toute activité et avait diminué à compter du 13 juin 2004. La capacité de travail de 50% avait été recouvrée dès le 13 mai 2005, puis à 100% dès le 21 septembre 2005 dans toute activité.

11. Par courrier du 8 novembre 2006, complété le 14 novembre 2006, l'assuré a contesté ce projet de décision de l'OCAI.

En premier lieu, il a contesté la date du 14 mai 2003, retenue comme étant le début du délai d'attente d'un an, en alléguant avoir souffert de troubles physiques et psychiques dès le mois de juillet 2002 déjà, qui restreignaient considérablement sa capacité de travail. Selon lui, s'il est vrai qu'il n'a été en arrêt de travail qu'à compter du 30 septembre 2002, il n'en demeure pas moins que son rendement au travail était déjà fortement réduit de sa maladie dès le mois de juillet 2002 et ce, malgré le fait qu'il était toujours engagé à 100%. A l'appui de ses dires, il a produit

des documents médicaux dont il ressort qu'en juillet 2002, les médecins ont constaté une discrète ventriculo-mégalie bi-ventriculaire dont ils ont estimé qu'elle pourrait expliquer la symptomatologie du patient (céphalées, nausées et vomissements matinaux, troubles de la concentration et de la mémoire). D'un courrier du Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 8 août 2002, il ressort que le patient présentait des céphalées particulièrement importantes depuis juin 2002 et que son état s'était amélioré après une ponction lombaire.

L'assuré a allégué avoir ensuite été obligé, vu le changement d'emploi intervenu entre mars et avril 2003, de se rendre à son travail, malgré ses problèmes de santé mais n'avoir en réalité pas eu les capacités suffisantes pour assumer un taux d'activité de 100%.

En second lieu, il a allégué que sa capacité de travail était inférieure à 40% à l'issue du délai de carence. Il a également contesté qu'elle ait été de 50% dès le 13 mai 2005, puis de 100% dès le 21 septembre 2005. A l'appui de ses dires, il a produit un certificat médical établi le 13 juin 2004 (recte : 2005) dans lequel le Prof. L\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 100% d'octobre 2004 à avril 2005 inclus, d'une incapacité de 60% pour le mois de mai 2005 et d'une capacité totale de travail à partir du 1er juin 2005 (pièce 59 OCAI).

Enfin, l'assuré a allégué que sa capacité réelle de travail actuellement est inférieure à 100%, bien qu'il soit engagé à ce taux par Y\_\_\_\_\_. En effet, il souffre de difficultés de mobilité, tant dans les gestes de la vie quotidienne que dans ceux de la vie professionnelle, qui l'empêchent de vivre pleinement. Dans la mesure où il doit travailler douze heures par jour pour fournir le même rendement qu'une personne en pleine santé fournit en huit heures, il conclut que l'on doit admettre que sa capacité de travail est réduite de moitié à tout le moins.

12. Il ressort d'une note versée au dossier de l'assuré que le début du délai d'attente a été calculé en tenant compte du fait que l'assuré a travaillé tout d'abord pour X\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2000 au 21 avril 2003, qu'il a été en incapacité de travail dès le 30 septembre 2002 et jusqu'au 14 mars 2003, puis a quitté son emploi le 21 avril 2003 pour des raisons personnelles. Il a travaillé à compter du 22 avril 2003 pour Y\_\_\_\_\_. Il a à nouveau été en incapacité de travail dès le 14 mai 2003, date retenue pour le début de l'indemnisation de l'assureur perte de gain. L'OCAI a considéré que la période du 14 mars au 14 mai 2003 devait être considérée comme une interruption notable du délai d'attente, raison pour laquelle il a jugé dans le cas d'espèce que le début du délai d'attente devait être fixé au 15 mai 2003 et non au 30 septembre 2002 (pièce 52 OCAI).
13. Dans un avis médical daté du 27 novembre 2006, le Dr S\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (SMR) a relevé qu'effectivement, l'OCAI n'avait pas tenu compte, dans son projet d'acceptation de rente, du fait que le SMR avait retenu une

capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30%, et s'était contenté de retenir une capacité de travail de 100% dans toute activité. Le Dr S\_\_\_\_\_ a également souligné que, par ailleurs, le SMR avait retenu une incapacité totale de travail sans interruption entre septembre 2002 et février 2004 et qu'en l'absence d'informations plus précises, il ne pouvait que confirmer sa position sur ce point (pièce 62 OCAI).

14. Par décision formelle du 12 avril 2007, l'OCAI a octroyé à l'assuré un trois-quarts de rente du 14 mai au 12 juin 2004, une rente entière du 13 juin 2004 au 12 août 2005 et une demi-rente du 13 août 2005 au 31 décembre 2005. Au-delà, il a constaté qu'il n'y avait plus de droit à une rente d'invalidité, la capacité de travail de l'assuré étant de 100% dans toute activité. L'OCAI a considéré qu'il y avait eu une interruption du délai de carence, raison pour laquelle le début de l'incapacité de travail avait été fixé au 14 mai 2003. L'OCAI a enfin relevé qu'en effet, son service médical avait confirmé une diminution de rendement d'environ 30%, rencontré dans l'organisation de son travail, mais ajouté que les tâches administratives à l'origine du problème d'organisation pourraient être déléguées à une secrétaire, de sorte que la diminution de rendement serait vraisemblablement recombptée dans toute tâche professionnelle et ne motivait, par conséquent, pas un reclassement professionnel.
15. Par courrier du 15 mai 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a conclu à son annulation en tant qu'elle ne lui reconnaît plus de droit à une rente à partir du 1er janvier 2006, demandé à ce qu'il soit dit que son degré d'invalidité s'élève à 50% au moins dès le 21 septembre 2005 et à le mettre au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité en conformité avec ce taux d'incapacité, subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à l'OCAI pour une nouvelle expertise.

L'assuré allègue que la décision de l'OCAI est contraire à la situation de fait. Il rappelle qu'en octobre 2005, il a été placé en observation aux HUG, qu'outre cette hospitalisation durant l'automne 2005, il en a eu une autre le 17 janvier 2006 (. L'assuré reproche au rapport d'expertise interdisciplinaire du 28 juillet 2006 de ne pas faire mention de cette dernière hospitalisation. Il allègue que, pour des raisons médicales, il est obligé de s'allonger trois fois par heure et d'éviter au maximum l'utilisation d'un clavier (cf. attestation du Dr T\_\_\_\_\_ du 24 août 2006), suite à une opération du tunnel carpien des deux mains le 3 juillet 2006. Enfin, en septembre 2006, il a dû être hospitalisé à l'Hôpital universitaire d'Heraklion suite à des épisodes de somnolence, de désorientation et de troubles de mouvements des yeux non coordonnés, sans oublier une difficulté à se mouvoir et des évanouissements. Les médecins ont préconisé un électroencéphalogramme et une IRM, mais aucun de ces deux examens n'ont été pratiqués sur le recourant à son retour à Genève. L'assuré en tire la conclusion que sa situation médicale n'a pas été réévaluée après le rapport d'expertise du 28 juillet 2006, qui ne reflète dès lors pas la réalité et qui est incomplet. Il conclut que c'est donc à tort que l'intimé, se basant

sur ce rapport, a conclu qu'il était à nouveau apte à travailler à 100% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Il fait remarquer que le rapport d'examen neuropsychologique relève qu'il travaille à 100%, mais que son rendement est décrit comme lent et faible, puisqu'il doit travailler douze heures pour un rendement estimé d'une journée de huit heures. Il en tire la conclusion que sa capacité de travail devrait être considérée comme étant réduite de moitié à tout le moins. Il reproche à l'OCAI de considérer que les tâches administratives à l'origine du problème d'organisation du travail pourraient être déléguées à une secrétaire. Il fait remarquer que sur son lieu de travail, ces mesures n'ont jamais été prises et qu'il lui est difficile d'imaginer une assistante pour gérer sa vie privée. Il allègue, par ailleurs, que lors de son évaluation professionnelle annuelle, son employeur a estimé qu'il n'avait pas atteint le niveau de satisfaction exigé pour pouvoir garder son poste. Il en tire la conclusion que ses problèmes de santé l'empêchent donc manifestement toujours, et au-delà du mois de septembre 2005, d'avoir une pleine et entière capacité de travail.

Il ajoute enfin que le rapport du 28 juillet 2006 est incomplet dans la mesure où il ne fait nullement état de l'hospitalisation du 17 janvier 2006, déterminante pour évaluer correctement son état de santé, que ce rapport a été établi avant qu'il ne soit à nouveau constaté chez lui, en septembre 2006, des épisodes de somnolence, de désorientation et de troubles de mouvements de yeux non coordonnés (Hôpital d'Heraklion) et en tire la conclusion que le Tribunal de céans devrait mettre sur pied une nouvelle expertise.

16. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 10 juillet 2007, a conclu au rejet du recours. L'OCAI a fait remarquer qu'il n'a pas purement et simplement admis une capacité de travail de 100% dans toute activité à compter du 1er juillet 2006. Au contraire, il a confirmé une diminution de rendement de 30%. Quant au fait que l'assuré doit travailler douze par jour pour fournir le même rendement qu'une personne en pleine santé fournit en huit heures de travail, l'OCAI a souligné qu'un rapport de huit sur douze n'est pas égal à 50%, mais seulement à 66,6% de sorte qu'une incapacité de 50% n'est donc pas démontrée et repose sur une erreur de calcul de la part de l'assuré. Quant au rapport de l'Hôpital universitaire de Crète, l'OCAI a fait remarquer qu'il s'agit d'un courriel ni daté, ni signé, sans support officiel. Il en tire la conclusion qu'il ne revêt pas la valeur probante nécessaire pour remettre à lui seul en question l'ensemble du travail des gestionnaires du SMR et des experts qui se sont prononcés en juillet 2006.
17. Un délai a été octroyé au 20 décembre 2007 à l'assuré pour faire valoir ses dernières observations qu'il n'a pas utilisés.

## **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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 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 (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).
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. Sont litigieuses en l'espèce la question du début du délai de carence et celle de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'il présente et à quelles prestations cela lui ouvre droit.
5. a) 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 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 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 qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

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).

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). 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).

b) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

c) 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

d) 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

6. En l'espèce, dans sa décision, l'intimé a retenu que les atteintes à la santé dont souffre le recourant lui permettent désormais de continuer à exercer son activité habituelle à 100% avec une diminution de rendement de 30%.

Pour la période précédente, l'OCAI a admis une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 14 mai 2003, date à laquelle il a fixé le début du délai de carence d'une année. L'OCAI a en effet considéré que bien que l'incapacité de travail ait débuté le 30 septembre 2002, il y avait eu une interruption notable du délai de carence entre le 14 mars 2003 et le 14 mai 2003, raison pour laquelle il a fixé le début du délai d'attente au 14 mai 2003 et non au 30 septembre 2002.

Effectivement, selon l'art. 29ter al. 1 RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Force est de constater que tel a été le cas puisque l'assuré a pu travailler à plein temps du 22 avril 2003 – date de son engagement par IMD – au 13 mai 2003. L'argument selon lequel il s'est forcé à se rendre au travail vu les circonstances ne saurait être retenu dans la mesure où le fait que l'assuré a continué le travail démontre que cela était exigible de sa part.

C'est donc à juste titre que l'OCAI a retenu le 14 mai 2003 comme date déterminant le début du délai de carence.

7. Pour le reste, l'OCAI a accordé à l'assuré :

- un trois-quarts de rente du 14 mai au 12 juin 2004,
- une rente entière du 13 juin 2004 au 12 août 2005,
- une demi-rente du 13 août 2005 au 31 décembre 2005.

L'OCAI a en effet retenu une capacité de travail de 40% à l'issue du délai de carence, de 0% à compter du 13 juin 2004, de 50% dès le 13 mai 2005, puis de 100% dès le 21 septembre 2005 dans toute activité.

Le Tribunal de céans constate que ces taux correspondent à ceux qui ressortent des différents documents versés au dossier (indications de l'employeur et certificats médicaux), selon lesquels l'assuré a été en incapacité de travail :

- à 100% du 14 mai 2003 au 27 février 2004
- à 60% du 28 février au 13 juin 2004
- à 100% du 14 juin au 23 septembre 2004
- à 60% du 24 septembre au 12 octobre 2004
- à 100% du 13 octobre 2004 à avril 2005

à 60% en mai 2005

et qu'il a recouvré une capacité totale de travail (avec diminution de rendement de 30%) à compter de juin 2005. Ces taux ont été confirmés par le Prof. L. \_\_\_\_\_ ainsi que par le CEMED et le SMR.

En conséquence, les taux d'invalidité retenus par l'intimé ne sont pas critiquables, étant rappelé qu'en vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Il est également rappelé qu'en vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI]), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant trois mois et qu'à l'inverse, si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois.

En l'espèce, l'intimé pouvait en effet se dispenser de procéder à une comparaison des revenus dans la mesure où le taux de capacité se confond avec le degré d'invalidité. Il a en effet été précisé que l'assuré a recouvré une capacité de travail de 70% dans sa profession habituelle, laquelle apparaît la mieux adaptée à son état de santé.

8. Reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimé a mis fin au versement des rentes avec effet au 31 décembre 2005 au motif que l'assuré a recouvré une capacité de travail entière (avec certes une diminution de rendement de 30% à compter du mois de septembre 2005).

L'OCAI a fondé sa décision sur le rapport d'examen bi-disciplinaire. Or, il apparaît que ce dernier se base sur une anamnèse générale, familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, sur le dossier médical complété du recourant, sur un des examens spécialisés et sur une évaluation neuropsychologique. Il tient compte des plaintes exprimées et a donc été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les examinateurs se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que le rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître a priori une pleine force probante.

Il convient par conséquent de se référer aux conclusions de ce rapport selon lequel l'assuré a certes besoin de plus de temps qu'auparavant pour effectuer les mêmes activités et d'une assistance pour structurer ses journées et son travail, ce qui engendre une diminution de rendement d'environ 30%, mais peut travailler à temps complet. Les experts ont ajouté que l'idéal serait de maintenir malgré tout l'assuré à son poste de travail actuel car si d'autres activités seraient exigibles de sa part, l'utilisation de sa capacité de travail est meilleure dans son domaine qu'ailleurs et qu'il est tellement spécialisé qu'il ne serait pas aussi efficace dans un autre domaine.

Quant au fait que l'assuré doive travailler douze heures par jour pour fournir le même rendement qu'une personne en pleine santé fournit en huit heures de travail, force est de constater que cela n'équivaut pas à une incapacité de 50%, comme il le conclut, mais de 66,6%, ce qui correspond à la diminution de rendement de 30% retenue par les experts.

Il ressort de ce qui précède que la capacité de travail doit être évaluée à 70% à compter du mois de septembre 2005. Par voie de conséquence dans le cas présent, son degré d'invalidité doit être fixé à 30%, ce qui est insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

9. Il convient cependant encore d'examiner s'il existe des indices concrets permettant de mettre en cause le bien-fondé des conclusions des auteurs du rapport d'expertise.

L'assuré affirme que tel est le cas et se réfère au rapport de l'Hôpital universitaire de Crète. Cependant, ainsi que le relève l'OCAI, ce document, un courriel ni daté, ni signé, sans support officiel, ne saurait suffire à lui seul à remettre en question l'ensemble du travail des experts du CEMED. Au demeurant, ce rapport ne fait état que d'épisodes de somnolence, de désorientation et de troubles de mouvements de yeux non coordonnés déjà pris en compte par les experts du CEMED dans leur évaluation. Quant aux deux brèves hospitalisations invoquées par le recourant, elles ne sont pas non plus susceptibles de contredire les conclusions des experts.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté, étant précisé que si l'état du recourant devait s'aggraver dans le futur, il lui serait loisible de déposer une nouvelle demande de prestations.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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 LUSCHER

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