RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/22/2004 **ATAS/1013/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 30 novembre 2004

En la cause

Monsieur D_____, comparant par Maître Olivier CRAMER en l'Etude duquel il élit domicile	recourant

contre

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

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né en mai 1953, d'origine portugaise, marié et père d'un enfant, a travaillé jusqu'au 4 avril 1999, en tant que directeur et comptable de l'entreprise X_____ SA, faillie depuis le 13 décembre 1999. Son dernier salaire annuel en 1998 s'élevait à 84'500 fr. (6'500 fr. x 13).

2. Le 4 janvier 2001, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant l'octroi d'une rente. Il a indiqué souffrir de fibromyalgie depuis 1997/1998.

3. Le 22 janvier 2001, le Docteur L_____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales et médecin traitant de l'assuré, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué des cervico-brachialgies chroniques avec tunnel carpien bilatéral, des dorso-lombalgies chroniques, une fibromyalgie ainsi qu'un état dépressif. Il a relevé que les cervico-brachialgies étaient présentes depuis 1990, suite à une agression, et étaient en augmentation progressive. Les dorso-lombalgies existaient depuis 1999, la fibromyalgie était apparue fin 1999 et l'état dépressif au début de l'année 2000, date à laquelle une très importante péjoration de l'état clinique était survenue. Le patient présentait onze points de fibromyalgie positifs sur dix-huit.

4. Le 17 mai 2001, le Docteur M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OCAI qu'il avait suivi l'assuré régulièrement deux fois par mois entre les mois d'octobre 2000 et janvier 2001 mais qu'il avait lui-même dû réduire son activité en raison d'une grave maladie. Pour cette raison également, il n'était plus en mesure de fournir d'indications sur le suivi médical et l'état de santé de son patient.

5. Le 29 juin 2001, la Doctoresse N_____ du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), clinique de psychiatrie adulte, secteur Jonction, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel elle a diagnostiqué une fibromyalgie ainsi qu'un épisode dépressif moyen. L'état de santé de l'assuré était stationnaire. Ce dernier souffrait de douleurs chroniques très importantes au niveau des articulations, présentait une thymie triste, de l'anxiété, de l'irritabilité et des difficultés de concentration. Il ressentait un sentiment de désespoir par rapport à la maladie. Le pronostic demeurait incertain, l'état psychique étant influencé par les douleurs.

6. Le 19 septembre 2001, le Docteur O_____, médecin-conseil de l'OCAI, a préconisé un complément d'examen à effectuer au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR Léman), vu le type de trouble présenté et le manque d'informations à disposition.

7. Le 7 novembre 2001, le Docteur P_____ du SMR Léman a relevé que le status rhumatologique de l'assuré ne permettait pas de déterminer une capacité de travail et que les problèmes de santé de son psychiatre laissaient un dossier vide d'informations. Il a précisé qu'il examinerait le patient avec les Docteurs Q_____, rhumatologue et R_____, psychiatre.

8. Le 10 décembre 2002, les Docteurs S_____ et R_____, ont rendu un rapport d'examen clinique bidisciplinaire effectué dans le cadre du SMR Léman. Ils ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, de discrets troubles statiques et spondylarthrosiques LN_____iens des dysesthésies des mains d'origine indéterminée (status après cure de tunnel carpien bilatéral) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode alors léger chez une personnalité à traits narcissiques. Après avoir effectué des anamnèses familiale, professionnelle, générale et psychosociale détaillées, ils ont relevé que l'examen clinique de médecine interne, complété d'un examen ostéo-articulaire et neurologique détaillé, n'apportait pas la preuve d'une maladie osseuse, articulaire, neurologique évolutive ou invalidante. Le status restait parfaitement normal, sans corrélation avec les plaintes de l'assuré. Il existait des discordances au status, des signes d'amplification. Ces praticiens ont d'abord souligné qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle dans le précédent métier de comptable ou d'informaticien de l'assuré ou même dans les anciens métiers de l'hôtellerie. Ils ont ensuite expliqué que les limitations fonctionnelles constatées sur le plan psychiatrique étaient les suivantes : état dépressif léger, troubles modérés de l'attention et de la concentration, insomnies et fatigabilité, liées à ses douleurs. Dans un métier de force, du bâtiment, les discopathies décelées seraient susceptibles de se décompenser et donnaient une limitation pour le port de charges répétitives au-delà de 25-30 kilos et les activités répétitives du tronc en porte-à-faux. Concernant la capacité de travail exigible, les médecins du SMR Léman ont relevé que si l'assuré avait présenté un état dépressif justifiant une incapacité de travail à 100% dès le 17 octobre 2000, date à laquelle il avait été pris en charge par le Docteur M_____, l'état dépressif s'était amélioré, permettant une capacité exigible de 70% dans son activité habituelle dès le 29 octobre 2002, date de l'examen au SMR. Cette capacité de travail s'entendait compte tenu des limitations fonctionnelles tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique. Leurs conclusions ont été intégralement reprises lors du rapport global du SMR Léman rendu le 24 décembre 2002 et signé par le Docteur P_____.

9. Par décision du 13 juin 2003, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente ordinaire simple d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100% ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint et une rente ordinaire pour enfant du 1er octobre 2001 au 31 octobre 2002. A partir de cette date, la rente était supprimée. L'OCAI a expliqué que, dans la mesure où aucune mesure d'ordre professionnel n'entrait en ligne de compte, la capacité de gain de l'assuré se confondait avec sa capacité

de travail et qu'il n'avait dès lors plus droit à la rente, ayant récupéré une capacité de travail de 70%.

10. Par écriture du 11 juillet 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision par l'entremise de son conseil en concluant à son annulation dans la mesure où elle lui refusait l'octroi d'une rente entière ainsi que d'une rente complémentaire pour conjoint et pour enfant dès le 1er novembre 2002, à ce qu'il soit procédé à une nouvelle instruction du dossier et à un recalcul des rentes dues en tenant compte des cotisations effectuées tant en Suisse qu'au Portugal et des années à titre de bonification pour tâches éducatives. Il a expliqué qu'il était toujours en arrêt de travail à 100 % et a produit les certificats d'arrêts de travail rédigés par le Docteur T_____ du département de psychiatrie des HUG attestant de son incapacité de travail depuis le 1er octobre 2002. Il a également produit un rapport du 24 juin 2003 rédigé par ce praticien et par le Docteur U_____, chef de la clinique de psychiatrie adulte des HUG, lesquels relevaient que, malgré la fréquence des rendez-vous et le renforcement du traitement anti-dépresseur, leur patient présentait encore un état dépressif moyen avec des douleurs chroniques l'empêchant d'avoir une activité et entraînant une péjoration de son état psychique. Il n'y avait pas vraiment eu de rémission pendant l'année, même partielle. Vu son état clinique stationnaire, ces médecins estimaient que l'incapacité de travail était maintenue à 100% pour une période indéterminée. En ce qui concernait les périodes de cotisations retenues pour la rente, l'assuré a relevé qu'il était arrivé en Suisse en 1985, à l'âge de 32 ans et qu'il avait auparavant cotisé au Portugal, où il avait travaillé de manière régulière. Il a également précisé que sa fille était née en 1979 et que le « bonus éducatif » depuis cette date devait être comptabilisé. A son avis, il fallait tenir compte tant des années de cotisations au Portugal que des bonifications pour tâches éducatives dans le calcul des rentes. L'assuré a par ailleurs requis la transmission de l'ensemble de son dossier afin de pouvoir compléter son opposition et de déterminer précisément ses conclusions ainsi qu'un délai supplémentaire pour ce faire.

11. Par écriture complémentaire du 31 juillet 2003, l'assuré a complété son opposition en reprenant toutes ses précédentes conclusions. Il a allégué que la décision de l'OCAI était arbitraire en ce sens qu'elle contredisait de manière évidente l'état de fait. Alors que les médecins du SMR Léman avaient estimé que son incapacité de travail était passée de 100% à 30% dès le jour de leur examen, soit le 29 octobre 2002, son médecin psychiatre avait indiqué dans un rapport du 24 juin 2003 que son état de santé était stationnaire et son incapacité de travail de 100%. Le Docteur T_____ avait d'ailleurs régulièrement délivré des certificats médicaux dès la date de son premier examen, le 1er octobre 2002. Il existait selon l'assuré une contradiction totale entre l'estimation faite par les médecins du SMR Léman et celle faite par le médecin psychiatre. L'assuré a encore relevé que le dossier qui lui avait été transmis n'était pas complet dès lors que le rapport du

médecin psychiatre du 24 juin 2003 n'y figurait pas. Son droit d'être entendu n'avait dès lors pas été respecté. Il a par ailleurs souligné que le rapport SMR Léman était également contestable quant à la manière dont il avait été conduit dans la mesure où il lui avait été demandé d'apporter l'ensemble de ses radiographies, ce qu'il avait fait, et que les médecins, après en avoir pris connaissance, n'en avait pas effectué de nouvelles alors même que ces documents dataient des 30 mars et 12 août 1999, soit de plus de trois ans et demi. L'OCAI aurait dû mandater une expertise pluridisciplinaire. En outre, il aurait dû procéder à d'autres mesures d'instruction afin de pouvoir calculer avec précision son degré d'invalidité, lequel n'avait pas été effectué conformément aux dispositions légales puisque l'Office n'avait procédé à aucune comparaison des revenus avec et sans invalidité. L'assuré a encore rappelé que l'OCAI n'avait tenu compte, lors du calcul de la rente, ni des années de cotisations effectuées au Portugal, ni des bonifications pour tâches éducatives.

12. Le 7 octobre 2003, les Docteurs S_____, R_____ et V_____, appelés à se déterminer sur les pièces médicales produites par l'opposant, ont constaté des divergences d'interprétation entre leur rapport et les avis des médecins traitants, les Docteurs T_____ et L_____. Ils ne trouvaient en particulier aucune élément dans le rapport de ces derniers du 24 juin 2003 différant fondamentalement du précédent rapport du 29 juin 2001 de la Doctoresse N_____. Le diagnostic demeurait celui d'un état dépressif moyen et d'une fibromyalgie. Compte tenu de leurs propres constatations et en l'absence de signes parlant pour une aggravation de l'état de santé psychique ou physique de l'assuré, ils n'étaient pas d'accord avec l'appréciation de la capacité de travail telle qu'attestée par les médecins traitants. Les éléments objectifs du status rhumatologique et psychiatrique constatés lors de l'examen par le SMR Léman n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles déterminantes, propres à réduire la capacité de travail à moins de 70%. Il n'y avait donc pas lieu de modifier la décision de l'OCAI prise en fonction de cet examen.

13. Le 17 octobre 2003, la CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE ET SURVIVANTS DE LA FEDERATION PATRONALE VAUDOISE (ci-après la Caisse), appelée à se déterminer sur le calcul de la rente de l'assuré, a conclu à l'exactitude du calcul de la prestation versée. Elle a expliqué que, compte tenu de l'entrée en vigueur des accords bilatéraux au 1er juin 2002, la prise en compte des périodes étrangères, lors de la détermination des années entières de cotisations dans le calcul de la rente, ne pouvait se faire que jusqu'au 31 mai 2002. Dès le 1er juin 2002, un calcul comparatif devait être opéré : dans un premier temps, il fallait tenir compte des périodes de cotisations étrangères au vu des accords de sécurité sociale conclu entre les Etats de l'union européenne. Lors d'un deuxième calcul, il fallait examiner si les nouvelles dispositions permettaient l'octroi d'un total de rentes plus élevé. Selon la Caisse, en l'état actuel du dossier de l'assuré, ni le premier calcul ni le second n'avaient pu être effectués, dans la mesure où la

Caisse n'était en possession d'aucune décision ni document lui donnant les informations indispensables à un recalcul de la prestation. Dès réception de ces documents, elle procèderait à un nouveau calcul et reviendrait sur la décision de rente d'invalidité. La Caisse a conclu qu'elle ne pouvait en l'état, que confirmer l'exactitude du calcul de la prestations octroyée à l'assuré.

14. Par décision sur opposition du 24 novembre 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition, confirmé la décision du 13 juin 2003 en tant qu'elle limitait le droit à la rente au 31 octobre 2002 et renvoyé pour le surplus à la détermination du 17 octobre 2003 de la Caisse. Il a précisé que cette dernière faisait partie intégrante de la décision sur opposition. Il a souligné que l'examen bidisciplinaire du SMR Léman était complet et qu'il répondait aux critères de la jurisprudence en matière de valeur probante. Les conclusions des spécialistes, claires et motivées, devaient être suivies, il n'avait dès lors aucune raison de s'en écarter. L'OCAI n'est pas entré en matière sur le calcul du degré d'invalidité, se bornant à reprendre la capacité de travail exigible telle que mise en évidence par les médecins du SMR Léman, soit 70 % dans la précédente activité de comptable de l'assuré.

15. Par écriture du 8 janvier 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par l'entremise de son nouveau conseil en concluant, préalablement, à un complément d'instruction, au besoin sous la forme d'une nouvelle expertise et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition en tant qu'elle refusait l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2002 et à l'octroi d'une rente entière dès cette date assortie d'une rente complémentaire pour épouse et pour enfant. Il a expliqué qu'il avait commencé à souffrir du dos et de la nuque dès 1994, avec une intensification des douleurs dès 1999 et qu'il s'était fait opérer du tunnel carpien en 1999, cette intervention étant demeurée sans effet sur les douleurs aux mains. Il a produit deux rapports médicaux ne figurant pas au dossier, établis par les Doctoresses W_____, Y_____ et par le Docteur Z_____ du centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG le 26 février 2001 et par le Docteur LM_____, également de ce service, du 19 novembre 2003. Dans le premier rapport, les médecins ont posé le diagnostic de syndrome tunnel carpien bilatéral opéré en 1999, de discopathies D12- L1, L3-L4 et L5-S1, de fibromyalgie et d'épisode de dépression moyen. L'examen clinique était compatible avec une fibromyalgie et l'assuré présentait également des douleurs lombo-sacrées d'origine ostéo-articulaire dont le substrat anatomique était confirmé par imagerie (discopathie pluriétagée). Dans le second rapport, le médecin a diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressif et a relevé que le patient était très limité dans sa vie quotidienne par les douleurs, ne pouvant monter qu'un étage sans douleur et marcher quelques mètres. Il s'obligeait à sortir régulièrement avec son chien et lisait un peu dans la journée. Il décrivait une très grande irritabilité, une tension interne constante, des troubles de la mémoire et de la concentration. On constatait un score sur l'indice de dépression de BECK très élevé à 31. L'assuré a également produit un rapport du Docteur LN_____ du

département de psychiatrie des HUG diagnostiquant un trouble somatoforme douloureux ainsi que d'autres troubles bipolaires, épisode actuel dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'assuré a souligné que le rapport du SMR Léman avait été très sommaire et qu'il n'avait été examiné que de manière superficielle une vingtaine de minutes par le Docteur S_____ et une dizaine de minutes par le Docteur R_____. Par ailleurs, ces derniers s'étaient basés uniquement sur d'anciens documents radiologiques et s'étaient bornés à estimer sa capacité résiduelle de travail sans que l'on sache sur quels bases et éléments du dossier celle-ci avait été évaluée. Tous les médecins de l'assuré appréciaient différemment des médecins du SMR Léman sa capacité résiduelle de travail en soulignant qu'il était en incapacité de travail à 100%.

16. Le 22 janvier 2004, le recourant a encore produit un rapport du Docteur L_____ du 19 janvier 2004 expliquant de manière détaillée son parcours médical et concluant à une absence d'amélioration de son état de santé.

17. Par préavis du 6 février 2004, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée en renvoyant aux arguments déjà développés dans cette dernière écriture. Il a précisé que les documents médicaux produits par le recourant n'apportaient aucun élément complémentaire par rapport à l'appréciation effectuée par le SMR Léman.

18. Par réplique du 11 mars 2004, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions en soulignant que les documents médicaux produits lors du recours apportaient au contraire de nouveaux éléments et allaient précisément à l'encontre de l'opinion des médecins du SMR Léman sur laquelle se fondait l'OCAI. Il a formellement sollicité du Tribunal de céans une audience de comparution personnelle des parties.

19. Lors de la comparution personnelle des parties du 20 avril 2004, le recourant a relevé que son état ne s'était pas amélioré et a derechef souligné que l'examen subi au SMR Léman lui avait paru très superficiel. Il est revenu sur son parcours médical et a précisé que la situation actuelle le perturbait beaucoup. Il prenait beaucoup de médicaments et aucun employeur ne voulait l'engager lorsqu'il leur faisait part de son état de santé.

20. Le 14 juillet 2004, appelé par le Tribunal de céans à préciser le rapport du 24 juin 2003, le Docteur LN_____ du département de psychiatrie des HUG a rédigé un nouveau rapport dans lequel il a maintenu les diagnostics de trouble bipolaire II, épisode actuel dépressif moyen à sévère, sans symptômes psychotiques et de trouble somatoforme douloureux persistant. Il a relevé qu'il y avait eu récemment une légère amélioration au niveau de l'irritabilité et de l'humeur dépressive, mais que le patient présentait toujours une anhédonie, des problèmes d'insomnies, un manque de motivation associé à des douleurs migratoires intenses ne s'améliorant

pas malgré les traitements prescrits. En raison de ces symptômes psychiques et somatiques, l'assuré n'était pas en mesure de reprendre le travail d'où un maintien de son incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée.

21. Invité à se déterminer, le recourant a persisté dans ses conclusions le 27 août 2004 en soulignant que ce dernier rapport ne faisait que confirmer son argumentation déjà développée. Aucun élément du rapport, ni des autres rapports médicaux ne laissait penser que son état dépressif s'était amélioré à compter du 29 octobre 2002, ce qui permettrait de conclure qu'il disposerait d'une capacité de travail exigible de 70%, comme le retenait arbitrairement le rapport du SMR Léman.

22. Par duplique du 13 août 2004, l'OCAI a, à nouveau persisté dans ses conclusions. Il a joint un avis médical du SMR Léman du 2 août 2004 signé de la main des Docteurs P_____, R_____ et V_____ expliquant qu'il existait des discordances notables dans l'anamnèse de l'assuré décrite dans le rapport du Docteur LN_____ par rapport à celle effectuée par leur service. Par ailleurs, le trouble psychique diagnostiqué comme « épisode dépressif majeur d'intensité moyenne à sévère » sur une durée de cinq ans devait être qualifié de trouble dépressif récurrent. Le rapport du Docteur LN_____ ne comprenait pas de status psychiatrique objectif, le médecin ne s'attachant qu'à une description des plaintes de l'assuré. En outre, il n'avait pas relevé les troubles de l'attention et de la concentration, alors qu'eux-mêmes l'avait mentionné et pris en compte lors de leur rapport. Les médecins du SMR Léman ont également critiqué l'appréciation du médecin des HUG en relevant qu'il ne pouvait pas diagnostiquer de troubles bipolaires uniquement sur la base d'une période d'hyperactivité professionnelle, sans autre critère clinique objectif d'un état hypomaniaque. Ils ont rappelé que l'assuré ne présentait, à l'époque de leur examen, ni comorbidité psychiatrique déterminante, ni de traits de caractère pré-morbide, que sa vie sociale était maintenue même si elle était légèrement restreinte et que l'assuré avait allégué d'intenses douleurs avec un status rhumatologique normal sans limitations fonctionnelles retenues dans sa profession habituelle. Les médecins du SMR Léman ont précisé que le trouble dépressif présenté par l'assuré était secondaire au tableau de trouble somatoforme douloureux et en faisait partie intégrante. Ils n'avaient pas d'éléments permettant de justifier une incapacité de travail à 100% uniquement en raison de troubles thymiques.

23. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que 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 1er 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.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let a 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) 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.

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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). 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 introduites après le 1er janvier 2003 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.

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Les art. 38. à 41 sont applicables par analogie (art. 60 al. 2 LPGA). L'art. 38 al. 4 let. c LPGA prévoit que les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 1er janvier inclusivement. Compte tenu de ces dispositions, le recourant a respecté le délai de trente jours prévu à l'art. 60 al. 1 LPGA en déposant son recours le 8 janvier 2004, la décision sur opposition lui ayant été

notifiée le 24 novembre 2003. Partant, interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

5. Sur le fond, le Tribunal de céans relève que, la décision litigieuse ayant été rendue en date du 24 novembre 2003 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

6. Le litige porte en premier lieu sur la question de savoir si le document sur lequel s'est fondé l'OCAI pour fixer la capacité résiduelle de travail de l'assuré, soit l'examen bidisciplinaire réalisée par le SMR Léman en date du 10 décembre 2002, possède une pleine valeur probante. Se pose également la question de la nécessité in casu de procéder à des mesures d'instruction complémentaires.

   a) L'art. 4 al.1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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).

   Selon l'art. 69 al. 4 RAI, deuxième phrase, l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après l'OFAS) peut accorder aux offices AI qui, dans le cadre d'un projet pilote d'une durée limitée, mettent en place des services médicaux communs aux fins d'examiner les conditions médicales du droit aux prestations, la compétence de procéder au sein de ces services à des examens médicaux sur la personne des assurés. Selon l'alinéa 3 des dispositions finales de la modification du 4 décembre 2000 (entrée en vigueur le 1er janvier 2001), la durée de validité de l'art. 69 al. 4 RAI, deuxième phrase, est limitée à trois ans. Dès lors, l'examen du recourant par des médecins de l'office, dans le cadre de l'examen clinique du 10 décembre 2002 effectué par le SMR Léman, projet pilote, ne prête pas flanc à la critique.

   Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécient librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1er juillet 2003 en la cause I 167/03). Par ailleurs, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

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). On rappellera encore que la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité et d'une clinique universitaire 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, ATFA non publié du 21 août 2002 en la cause I 698/01/Mh consid. 4).

b) En l'espèce, l'OCAI estime que l'examen bidisciplinaire effectué par les médecins du SMR Léman en date du 10 décembre 2002 est complet, clair et bien motivé et

qu'il peut se baser sur l'appréciation des médecins du SMR Léman pour retenir une capacité de travail exigible de 70%, et, conséquemment un taux d'invalidité de 30%.

Ce point de vue ne saurait être suivi. En effet, non seulement l'examen du SMR Léman ne remplit qu'en partie les exigences requises par la jurisprudence, mais encore l'OCAI n'a aucunement tenu compte des autres avis médicaux. Le Tribunal de céans constate en effet à la lecture de la décision du 13 juin 2003 et de la décision sur opposition du 24 novembre 2003 que l'OCAI s'est abstenu de prendre en considération l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier, se bornant à se référer à la seule analyse effectuée par les spécialistes du SMR Léman. Il ne semble pas avoir procédé à une appréciation complète et rigoureuse des preuves ainsi que la jurisprudence susmentionnée l'exige.

Or, il sied de souligner que l'expertise n'est pas exempte de contradictions. Ainsi, les praticiens amenés à se déterminer sur la capacité de travail résiduelle du recourant ont tout d'abord souligné qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle dans le métier de comptable ou d'informaticien ou même dans ceux de l'hôtellerie, pour ensuite faire état de « plusieurs limitations fonctionnelles constatées sur le plan psychiatrique » (état dépressif léger, troubles modérés de l'attention et de la concentration, insomnie et fatigabilité) (cf. expertise p. 5, pièce 10, fourre 3 OCAI). Par ailleurs, le Tribunal de céans ne comprend pas comment les Docteurs S_____ et R_____ sont parvenus à la conclusion que l'état dépressif de l'assuré s'était amélioré au point que sa capacité résiduelle de travail puisse s'élever soudainement à 70% dès le 29 octobre 2002. Non seulement cette conclusion est incompréhensible, mais encore elle ne repose sur aucune donnée précise. On relèvera en outre qu'elle contredit l'opinion des autres praticiens amenés à se déterminer sur le cas du recourant. Le Tribunal de céans constate encore que les experts, bien qu'ayant effectué des anamnèses détaillées, n'ont examiné que peu de temps l'assuré, soit une vingtaine de minutes en ce qui concerne le Docteur S_____, rhumatologue, et une dizaine de minutes en ce qui concerne le Docteur R_____, psychiatre. Ce point de vue n'est d'ailleurs pas contesté par l'intimé. S'il n'est certes pas utile de procéder à de longues investigations médicales, il y a tout au moins lieu d'effectuer une expertise complète et, lorsqu'il s'agit de se déterminer sur l'état de santé psychique du recourant comme en l'espèce, dix minutes de consultation ne semblent pas suffisantes. Pour terminer, ainsi que l'assuré l'a souligné à bon escient, ces médecins n'ont effectué aucune nouvelle radiographie, se basant uniquement sur des documents datant des 30 mars et 12 août 1999.

Il apparaît enfin que l'ensemble du corps médical appelé à se déterminer sur le cas du recourant, hormis les spécialistes du SMR Léman, estime qu'il présente une incapacité de travail à 100% en raison de ses diverses affections. Ainsi, la Doctoresse N_____ des HUG, dans son rapport du 29 juin 2001, a relevé que

l'état de santé de l'assuré était stationnaire tout en décrivant une thymie triste, de l'anxiété, de l'irritabilité et des difficultés de concentration. Par la suite, après le rapport du SMR Léman du 10 décembre 2002, les Docteurs U_____, chef de clinique des HUG et T_____, ont précisé le 24 juin 2003 que, malgré la fréquence des rendez-vous et le renforcement du traitement anti-dépresseur, le patient présentait encore un état dépressif moyen avec des douleurs chroniques l'empêchant d'avoir une activité et entraînant une péjoration de son état psychique et qu'il n'y avait pas eu de rémission pendant l'année, même partielle (cf. pièce 12, fourre recourant). Le Docteur LM_____, du centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG a expliqué le 19 novembre 2003, soit également postérieurement à l'expertise litigieuse, que l'assuré était très limité dans sa vie quotidienne par les douleurs, qu'il était très irritable et présentait une tension interne constante, ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. L'indice de dépression demeurait très élevé (cf. pièce 7, fourre recourant). Pour terminer, le Docteur LN_____ du département psychiatrie des HUG, a diagnostiqué le 5 janvier 2004 un trouble somatoforme douloureux ainsi qu'un trouble bipolaire, épisode actuel dépressif sévère sans symptômes psychotiques tout en procédant à une anamnèse détaillée du cas du recourant tout à fait complète et convaincante (cf. pièce 13, fourre recourant). Il a complété son rapport le 14 juillet 2004. Le Tribunal de céans souligne d'ailleurs que, contrairement à l'avis des experts du SMR Léman qui estiment dans leur rapport du 2 août 2004 que ce praticien ne pouvait pas diagnostiquer de troubles bipolaires uniquement sur la base d'une période d'hyperactivité professionnelle sans autre critère clinique objectif d'un état hypomaniaque, le Docteur LN_____ est certainement plus à même de poser un tel diagnostic plutôt qu'un expert n'ayant examiné qu'une seule fois le patient pendant une dizaine de minutes.

Au vu de ces éléments, le Tribunal de céans ne s'estime pas suffisamment renseigné sur le cas d'espèce, raison pour laquelle le recours sera admis et la cause renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (COMAI).

7. Le Tribunal relève encore que la décision litigieuse est erronée en ce qui concerne le calcul des prestations auxquelles le recourant a droit en tant qu'elle n'examine pas la prise en compte d'éventuelles périodes de cotisations étrangères et les périodes de bonification pour tâches éducatives. Confirmer la décision litigieuse sur ce point reviendrait à lui attribuer force de chose jugée pour le cas où le recourant n'interjetterait pas recours et le condamnerait à se voir opposer le principe de force de chose jugée au moment où il souhaiterait la voir modifier conformément aux dispositions légales. Le Tribunal de céans rappelle qu'il incombe à l'autorité de procéder à toutes les mesures d'instruction nécessaire afin de procéder au calcul exact de la rente du recourant et de déterminer le montant des prestations en cause. L'intimé ne saurait reporter l'exécution de mesures

d'instruction propre à déterminer exactement l'étendue du droit du recourant. Pour ces motifs également, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire sur ces points.

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 du 8 janvier 2004 recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule les décisions de l'OCAI des 13 juin et 24 novembre 2003.

4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

6. Dit que la procédure est gratuite.

7. 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).

La greffière : La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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