REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/495/2007 **ATAS/1061/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 2 octobre 2007

En la cause

Monsieur G_____, domicilié , 1201 GENEVE, représenté par Mme Christine BULLIARD de FORUM SANTE	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né le 1951, d'origine belge, vit en Suisse depuis 1964. Il a travaillé comme professeur de ski entre 1975 et 1985, comme aide éducateur de la petite enfance de 1984 à 1992, puis comme secrétaire de l'X_____ (groupe pour une Suisse sans armée) de 1992 à 2001 et député au Grand-Conseil genevois de 1993 à 2001. Il a exercé une activité de commis-administratif du 15 mai au 30 novembre 2002. Il a été mis au bénéfice de l'assurance-chômage depuis novembre 2003 et a été en incapacité totale de travail depuis fin juillet 2004.

   Il a déposé le 20 décembre 2004 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.

2. Dans un rapport du 13 janvier 2005 adressé à l'OCAI, la Dresse A_____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique, a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ceux de :

   - lupus érythémateux disséminé, diagnostiqué en 1995,
   - tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs dans un contexte de conflit sous acromial au niveau de l'épaule droite,
   - status postopératoire du genou droit avec limitation résiduelle de flexion,
   - trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen,
   - status après uvulo-palato-pharyngo-plastie (UPPP) et génioplastie en novembre 2001 pour syndrome d'apnée du sommeil (polysomnographie de contrôle montrant l'absence d'argument pour un syndrome d'apnée du sommeil mais avec la persistance d'une somnolence diurne objective),

   et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de

   - syndrome obstructif partiellement réversible connu depuis 1995,
   - status après opération de Caldwell-Luc à gauche, turbinectomie partielle moyenne et méatotomie moyenne bilatérale, septoplastie pour polypose nasosinusienne, déviation septale droite en mars 1996,
   - ostéopénie à prédominance corticale.

   La Dresse A_____ rapporte que l'assuré a présenté des incapacités de travail répétées depuis juillet 2003 ; cette incapacité est de 50% depuis le 3 janvier 2005.

   Selon le médecin, le pronostic à long terme est moyen. Elle considère qu'une capacité de travail au-delà de 50% paraît difficile à l'avenir.

   Dans l'annexe au rapport médical relative à la réinsertion professionnelle, la Dresse A_____ a indiqué que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible mais seulement à raison de quatre heures par jour en raison de la diminution de rendement due à l'atteinte à la santé et à la fatigabilité. Elle précise

qu'un travail d'homme de bureau pourrait être envisagé, sans activité physique lourde, à mi-temps.

3. Un rapport a été établi par le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur le 12 mai 2005, aux termes duquel l'assuré présente des douleurs diffuses associées à une fatigue chronique et à une thymie dépressive pour lesquelles un diagnostic de fibromyalgie a été posé.

4. Le Dr B_____, chef de clinique au service de rhumatologie des "établissement hospitalier", a informé la Dresse A_____ le 19 mai 2005 que son patient avait été hospitalisé du 3 au 13 mai 2005. Le Dr B_____ a rappelé que l'assuré présentait depuis juin 2004 des douleurs de l'épaule et du genou droit, progressivement invalidantes, motivant une hospitalisation en décembre 2004 qui a montré un conflit sous acromial droit et une tendinopathie dégénérative de la coiffe. Depuis janvier 2005, les douleurs sont devenues diffuses, sans horaire particulier, non améliorées par les antalgiques standards, avec une importante asthénie et une gêne dans les activités de la vie quotidienne. Devant les douleurs mal systématisées, diffuses, durant depuis plusieurs mois, avec 18 points de fibromyalgie sur 18 positifs, sans argument pour une pathologie organique, notamment inflammatoire dans le contexte du lupus, le Dr B_____ a également retenu le diagnostic de fibromyalgie, étant précisé que ses confrères psychiatres avaient mis en évidence un état dépressif moyen avec un syndrome douloureux chronique.

5. Dans un rapport du 31 mars 2005, le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui suit l'assuré depuis 2004, a diagnostiqué chez celui-ci un trouble dépressif majeur récurrent avec un épisode actuel léger depuis avril 2001. Selon le médecin, ce trouble joue un rôle dans l'incapacité de travail actuelle de 50%, taux retenu par la Dresse A_____.

   Le Dr C_____ explique que "consécutivement à un lupus érythémateux apparu en 1994, le patient a dû abandonner successivement différentes activités professionnelles, politiques, associatives, ceci dû surtout à la persistance d'un état de fatigue important. Cette fatigue a d'abord été attribuée à des troubles du sommeil (apnées nocturnes) qui ont pu être corrigées par une intervention chirurgicale en 2001, sans pourtant améliorer l'état de fatigue. Depuis début 2001, j'ai noté plusieurs mouvements dépressifs. J'observe pourtant, outre les épisodes dépressifs d'intensité légère à moyenne, la persistance de l'état de fatigue. Dernièrement le patient s'est plaint d'augmentation de ses douleurs physiques, pour lesquelles il a été hospitalisé aux "établissement hospitalier" fin 2004".

6. Le Service médical régional AI (ci-après SMR) a relevé que l'assuré avait été incapable de travailler du 19 mars 2004 au 28 juillet 2004 à 50%, puis à 100% jusqu'au 2 janvier 2005, puis à nouveau à 50%.

7. Par décisions du 8 juillet et 10 août 2005, l'OCAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er mars 2005, prévoyant d'ores et déjà qu'une révision de la rente aurait lieu en juin 2008.

8. Par courrier du 23 juillet 2005, l'assuré s'est étonné de ne recevoir qu'une demi-rente d'invalidité, alléguant au surplus que son état de santé s'était encore aggravé.

   Le 29 septembre 2005, il a réitéré sa demande visant à la réouverture de son dossier.

   Il a rempli un questionnaire pour la révision de la rente le 17 octobre 2005. Il souligne que son état de santé s'est aggravé depuis mars 2005, précisant que les douleurs sont toujours plus fortes, aiguës, généralisées et quotidiennes, que son moral est affecté par son état physique et la fatigue permanente et qu'il a parfois besoin d'aide pour effectuer certains gestes ou activités dans sa vie quotidienne.

9. Le 24 octobre 2005, la Dresse A_____ a confirmé que l'état de santé de son patient s'était dégradé par rapport au début de l'année 2005 : "les plaintes subjectives actuelles sont les mêmes que celles de mon rapport 2005, mais à cela se rajoutent les plaintes d'une fibromyalgie. Le status objectif est actuellement inchangé depuis les dernières consultations avec mobilité des points de fibromyalgie, ce malgré l'introduction d'un traitement antidépresseur tricyclique à but antidépressif et antalgique, d'une prise en charge multidisciplinaire par divers traitement médicaux, la physiothérapie et la prise en charge psychiatrique". Elle indique également que l'assuré a souvent besoin de l'aide de sa compagne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Elle le considère ainsi comme étant incapable de travailler à 100% depuis le 4 avril 2005.

10. Le Dr C_____, dans un rapport complémentaire du 24 novembre 2005, a déclaré que toutes les indications figurant dans son précédent rapport du 31 mars 2005 restaient valables, tout en notant que les douleurs physiques dont le patient se plaignait persistent et se généralisent. Il signale que "l'état douloureux a persisté depuis à des degrés variables et les symptômes dépressifs ont eu tendance à s'amplifier en fonction de l'état douloureux. Au vu de cette nouvelle complication, je trouve que la capacité de travail du patient s'est encore réduite. J'imagine mal qu'il puisse assumer une tâche professionnelle, même à temps partiel".

11. Un examen bidisciplinaire a été réalisé le 3 mai 2006 par les Drs D_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins du SMR, et a fait l'objet d'un rapport établi le 29 juillet 2006.

    Les médecins ont posé, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, ceux de :

- scapulalgies bilatérales avec limitation dans les amplitudes sur vraisemblable trouble dégénératif et atteinte de la coiffe des rotateurs,
- lupus érythémateux disséminé avec atteinte d'organes (péricarde et plèvre pulmonaire en 1995),
- gonalgies droites sur trouble dégénératif après plastie du ligament croisé antérieur post-traumatique en 1983,

et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de

- status après intervention d'uvéo-pallato-pharyngo-plastie et génioplastie en novembre 2001 pour apnées du sommeil,
- surcharge pondérale avec BMI à 26.5
- et ostéopénie à prédominance corticale sur corticothérapie chronique.

Ils ont considéré que la symptomatologie principale est une asthénie accompagnée d'une somnolence évoluant depuis la fin des années 1980 - début 1990, auxquelles se surajoute un syndrome algique diffus évoluant depuis 2004. La globalité de la symptomatologie présentée peut être attribuée à une atteinte de type non organique, un syndrome de type fibromyalgie, diagnostiqué tant par le médecin traitant que par la consultation de rhumatologie de Beau-Séjour, qui dans le cas d'espèce serait secondaire à la survenue d'un lupus érythémateux disséminé évoluant depuis 1995 au bénéfice d'une corticothérapie de long cours. Selon eux toutefois, aussi bien la symptomatologie d'asthénie que les douleurs musculaires diffuses peuvent avoir une étiologie autre qu'un processus non organique. Une corticothérapie de long cours est connue pour développer des atteintes musculaires se présentant sous la forme d'une faiblesse généralisée et d'asthénie. La somnolence et l'état de fatigue chronique présenté par cet assuré peuvent être en relation directe avec des troubles d'apnées du sommeil, malgré le fait que la polysomnographie post-opératoire ne met plus en évidence de désaturation nocturne. De même l'asthénie chronique et la symptomatologie algique diffuse peuvent être en relation directe avec l'atteinte inflammatoire (lupus érythémateux disséminé), sans oublier le fait que cette atteinte a déjà touché trois organes (péricarde, plèvre pulmonaire et un épisode de colite lymphocytaire).

Les médecins ont ainsi conclu que le taux d'incapacité de travail de 50% retenu par l'OCAI dans ses décisions des 8 juillet et 10 août 2005 restait justifié, qu'il n'y avait aucun argument plaidant en faveur d'une aggravation de la symptomatologie, que la fibromyalgie en tant que telle n'était pas une atteinte à la santé à caractère invalidant, qu'elle ne pouvait dès lors être responsable d'une aggravation de l'état de santé. Ils ont rappelé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive, pas de positions statiques prolongées, possibilité de varier les positions au minimum une fois à l'heure, pas d'activité à rendement imposé, pas de positions prolongées en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc. Les médecins se sont même posés la question de savoir si l'octroi en 2005 d'une demi-rente seulement n'avait pas été trop sévère, les données

anamnestiques ne faisant pas état d'une aggravation des symptômes entre le moment du dépôt de rente et la demande de réévaluation.

Sur le plan psychiatrique, les médecins ont constaté une souffrance psychique due à la perte partielle de la capacité de vivre une vie active comme avant, mais pas de syndrome dépressif. Ils relèvent que malgré ses douleurs et son absence à son travail dans lequel il s'était beaucoup investi, l'assuré fait l'effort de maintenir une intégration sociale. Il y a une divergence patente selon eux entre l'intensité des douleurs décrites, même à l'occasion de l'examen psychiatrique, et le comportement observé. A cet égard la description des douleurs reste vague, plaintive et floue, l'attitude affective montrée à l'occasion de l'évocation des douleurs est peu authentique et laisse l'examinateur insensible, ceci à la différence d'autres propos qui ont été abordés à l'occasion de l'examen. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100%.

Ils ont finalement relevé concernant la capacité de travail exigible, qu'aussi bien l'étiologie de l'état de fatigue chronique (asthénie et somnolence) que le syndrome algique polymorphe ne sont pas clairement définis. Une atteinte organique musculaire en relation avec un lupus érythémateux disséminé n'a pas été formellement exclue ou en association avec une corticothérapie de longue durée. Ils ont ainsi déclaré qu' "il nous est impossible de nous déterminer avec exactitude sur la capacité de travail résiduelle. Théoriquement toutefois, dans l'état actuel des choses, au vu de l'examen clinique que nous avons réalisé ce jour, nous considérons que cet assuré présente une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle de secrétaire. En ce qui concerne les différentes activités qu'il exerçait auparavant (député au Grand Conseil, professeur de ski ou éducateur de la petite enfance), nous considérons que, dans ces domaines, la capacité de travail est de 0% au vu des atteintes objectives à la santé qu'il présente".

12. Dans une note du 2 octobre 2006, le Dr E_____ du SMR a pris note de ce qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé depuis juin 2005, de sorte qu'il convenait de maintenir une incapacité de travail à 50%.

    Le Dr E_____ a ajouté qu'il était possible que la décision de demi-rente ait été basée sur une appréciation un peu sévère des troubles (mais sans erreur manifeste). Il a cependant rappelé que la décision était entrée en force et que s'agissant d'une révision, il fallait une aggravation notable qui se serait produite dans l'intervalle, pour changer l'appréciation, et que tel n'était pas le cas.

13. L'OCAI a communiqué le 4 octobre 2006 un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel sa demande d'augmentation de la rente était rejetée.

14. L'assuré a été entendu le 2 novembre 2006. Il affirme être totalement incapable d'exercer une activité lucrative, même à temps partiel. Il remarque que les douleurs et les symptômes de fibromyalgie étaient déjà présents dès 2004, même si les

diagnostics en tant que tels n'avaient pas encore été posés, que le lupus entraîne des douleurs et des fatigues chroniques qui ont été sous-estimées, que ces douleurs ont été confirmées par le Centre de la douleur des "établissement hospitalier" et par d'autres médecins, que l'évaluation de sa situation sociale et de son quotidien par les médecins du SMR ne correspond pas à la réalité, qu'il a changé ses habitudes et son quotidien et essayé tous les traitements pour guérir ou diminuer ses douleurs, ce dont il n'a pas été tenu compte.

L'assuré a par ailleurs adressé à l'OCAI un courrier faisant état des mêmes réflexions le 3 novembre 2006.

15. Par courrier du 23 octobre 2006, la Dresse A_____ a sollicité de l'OCAI qu'il réexamine ses conclusions, persistant à affirmer que la capacité résiduelle de son patient ne dépassait pas 20% depuis avril 2005.

16. Le Dr C_____ a également pris contact avec l'OCAI le 27 octobre 2006 après avoir pris connaissance du rapport du SMR du 3 mai 2006. Il reproche aux médecins du SMR de n'avoir pas suffisamment tenu compte du changement dans l'état de santé depuis 2005 dû à l'installation et à la généralisation des douleurs. Il affirme par ailleurs que l'état dépressif récurrent existe bien, en tout cas depuis 2001 et a une influence pour sa capacité de travail. Il joint à son courrier un rapport de la Dresse Valérie F_____, médecin adjoint au Centre de la douleur des "établissement hospitalier", daté du 26 octobre 2006.

17. Le 13 décembre 2006, l'assuré a fait parvenir à l'OCAI un formulaire de demande d'allocation pour impotent de l'AI. Il en ressort qu'il a besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour se vêtir/se dévêtir (3.1.1), se lever/s'asseoir/se coucher (3.1.2), couper les aliments (3.1.3), faire sa toilette, se peigner et se baigner/doucher (3.1.4), laver le corps/contrôler la propreté (3.1.5) et se déplacer à l'extérieur (3.1.6). La Dresse A_____ a confirmé que les informations apportées par l'assuré correspondaient à ses constatations.

18. Par décision du 23 janvier 2007, l'OCAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité.

19. Par courrier du 1er février 2007 adressé au Dr E_____, la Dresse A_____ s'est étonnée de ce que l'OCAI n'ait pas fait mention de son propre courrier du 23 octobre 2006, de celui du Dr C_____ du 27 octobre 2006 et de celui de la Dresse F_____ du 26 octobre 2006, et demande pour quelle raison une nouvelle expertise médicale n'a pas été mise en place.

20. Le 7 février 2007, le Dr E_____ a confirmé à la Dresse A_____ que tous les documents médicaux cités par elle avaient bien été examinés et l'a informée qu'une enquête à domicile devrait être diligentée sous peu afin d'examiner le droit de l'assuré à une allocation pour importent.

21. L'assuré, représenté par FORUM SANTE, permanence de défense des patients et des assurés, a interjeté recours le 8 février 2007 contre la décision de l'OCAI. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

    Il a complété son recours le 1er mars 2007. Il nie la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire réalisé par le SMR le 3 mai 2006. Il relève que selon les médecins du SMR, le degré d'invalidité de 50% retenu précédemment aurait pu être plus élevé, ce qui ne les empêche pas, paradoxalement, de confirmer ce degré de 50%. Il rappelle que selon la Dresse A_____, il souffre bel et bien d'une aggravation de son état de santé.

    S'agissant de la présence éventuelle d'une fibromyalgie, il souligne que tant son médecin traitant que le médecin du SMR, sont d'avis que cette atteinte constituerait un syndrome secondaire au lupus érythémateux disséminé. Il allègue enfin que vu l'importance des limitations rencontrées dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne, la jurisprudence selon laquelle un trouble somatoforme douloureux peut ouvrir le droit à une rente en l'absence d'une comorbidité psychiatrique, si les troubles se manifestent avec une sévérité telle que d'un point de vue objectif la mise en valeur de la capacité de travail ne peut pratiquement plus être exigée de l'assuré devrait lui être applicable.

22. Dans sa réponse du 2 avril 2007, l'OCAI se fondant sur une note rédigée par le Dr E_____ le 19 mars 2007, a considéré qu'aucun fait médical nouveau n'était survenu postérieurement à l'examen du SMR de mai 2006 qui justifierait l'apparition d'une aggravation notable de l'état de santé, étant au surplus précisé que cet examen du SMR n'avait précisément pas confirmé l'appréciation du médecin traitant.

23. Le 14 mai 2007, l'assuré a versé au dossier une attestation signée par la Dresse A_____ le 3 avril 2007, selon laquelle,

    "de 1998 à 2004, les symptômes de *l'assuré* ont surtout été marqués par des épisodes de douleurs thoraciques et d'arthralgies fluctuantes accompagnées d'asthénie importante qui ont motivé depuis l'année 2001 plusieurs incapacités de travail répétées jusqu'en mars 2004, date à laquelle le patient n'a plus pu reprendre une capacité de travail à 100% ; en automne 2004 il a présenté encore une aggravation de son état (poussées de douleurs articulaires ainsi que de l'asthénie) nécessitant une hospitalisation à "établissement hospitalier" à la fin de 2004. Au début de l'année 2005, après l'hospitalisation, j'ai pensé pouvoir encourager *l'assuré* à la reprise d'un travail à 50% ; malheureusement, ceci fût un échec : depuis le début de l'année 2005, il n'y a eu aucune amélioration, les douleurs sont devenues quotidiennes, diurnes et nocturnes, entraînant une incapacité dans les gestes de la vie quotidienne comme l'a décrit *l'assuré* sur son rapport, malgré toutes les thérapeutiques entreprises. En mars 2005, il a été donc remis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100%, incapacité de travail qui s'est poursuivie jusqu'à ce jour au vu de

l'absence d'amélioration, malgré toutes les mesures thérapeutiques entreprises et décrites dans les différents dossiers".

L'assuré a par ailleurs précisé que l'issue d'une biopsie musculaire ne modifierait pas les traitements actuellement appliqués.

24. Par courrier du 15 juin 2007, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.

25. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 23 janvier 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant essentiellement aux années 2003 - 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

4. Il y a préalablement lieu de relever que par courrier du 23 juillet 2005, reçu par l'OCAI le 26, l'assuré s'est dit surpris de recevoir une décision lui accordant une demi-rente et a déclaré que son état de santé s'était encore aggravé.

   Ce courrier a été, d'une part, adressé à l'OCAI dans le délai de 30 jours d'opposition, et fait mention, d'autre part, d'un sentiment de surprise à réception de la décision et d'une aggravation de l'état de santé, dont on peut bien imaginer qu'elle est, le cas échéant, survenue avant même la notification de la décision. Bien que le terme "opposition", ne figure pas expressément, il est facile de comprendre que l'assuré n'est pas satisfait de cette décision. Il appartenait dès lors à l'OCAI de l'interroger sur la qualification à apporter à son courrier. En effet, s'il est douteux qu'un écrit doive être considéré comme une opposition, l'organe d'exécution invitera l'intéressé, en lui impartissant un délai, à préciser s'il veut que la décision critiquée soit revue dans le cadre de la procédure d'opposition (cf Circulaire sur le contentieux publiée par l'Office fédéral des assurances sociales no 2011). Or, il n'apparaît pas des pièces figurant dans le dossier que l'OCAI ait proposé à l'assuré de préciser quelle était son intention. Il n'a de fait pas donné suite à son courrier, de sorte que c'est l'assuré lui-même qui est revenu à la charge le 29 septembre 2005. Il a traité d'emblée ce courrier comme une "demande de révision anticipée" et rendu la décision du 23 janvier 2007.

   Le Tribunal de céans considère dès lors que la décision du 8 juillet 2005 a fait l'objet d'une opposition et n'est, partant, pas entrée en force, étant admis que la décision du 23 janvier 2007 vaut réponse à l'opposition déposée dans les forme et délai utiles.

5. Le litige porte ainsi sur le droit de l'assuré à des prestations AI, et non pas sur l'examen des conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA.

6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

8. L'OCAI a reconnu, par sa décision du 8 juillet 2005, le droit de l'assuré à une demi-rente dès le 1er mars 2005, en se fondant sur le taux d'incapacité de travail retenu par la Dresse A_____ dans son rapport du 13 janvier 2005, ainsi que sur les conclusions du Dr C_____ datées du 31 mars 2005, soit 50%.

L'assuré s'est opposé à l'octroi d'une demi-rente, alléguant que son état de santé s'était aggravé.

Cette aggravation a été confirmée par la Dresse A_____, laquelle a précisé que son patient était incapable de travailler à 100% depuis le 4 avril 2005 (cf. rapport du 24 octobre 2005). Le 3 avril 2007, ce médecin a rappelé qu'elle avait certes évalué l'incapacité de travail de son patient à 50% au début de l'année 2005, mais que la reprise d'un travail à mi-temps à laquelle elle l'avait elle-même encouragé, avait été un échec. Elle constate ainsi qu'il n'y a eu depuis ce moment aucune amélioration, raison pour laquelle elle le considère comme étant incapable de travailler à 100% depuis mars 2005.

Consultés, les médecins du SMR ont quant à eux maintenu le taux de 50% initialement retenu, "théoriquement", dans l'activité antérieure de secrétaire, tout en signalant qu' "il nous est difficile de nous déterminer avec exactitude sur la capacité de travail résiduelle", et se demandant si l'octroi, par les décisions des 8 juillet et 10 août 2005, d'une demi-rente seulement, correspondait réellement à la situation.

En résumé, le médecin traitant a fixé le taux d'incapacité de travail de l'assuré à 100% depuis avril 2005, taux confirmé par le Dr C_____. Les médecins du SMR estiment en revanche que ce taux est "théoriquement" de 50%, tout en précisant qu'il est difficile de l'évaluer et que peut-être il est en réalité plus élevé. Il y a par ailleurs lieu de rappeler qu'ils ont été chargés de répondre à la question de savoir s'il y a eu ou non aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis juillet 2005, ce qui vient immanquablement fausser le raisonnement.

Force est dans ces conditions de constater que le dossier n'est pas en l'état d'être jugé. Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire, le cas échéant, expertise, et nouvelle décision.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule les décisions des 8 juillet et 10 août 2005, ainsi que la décision du 23 janvier 2007 en tant qu'elles refusent l'octroi d'une rente entière.

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

5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OCAI.

7. 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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