



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1804/2004

ATAS/378/2005

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

1^{ère} chambre

du 3 mai 2005

En la cause

PENSIONSKASSE DER X_____ SCHWEIZ AG, domiciliée recourante
Friesenbergstrasse 75 à Zurich, mais comparant par Me Christian LENZ,
avocat, en l'Etude duquel elle élit domicile

contre

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

et

Monsieur P_____, domicilié à Genève, mais représenté par Appelé en
CARITAS-GENEVE, sis rue de Carouge 53 à Genève cause

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur P_____ (ci-après l'assuré), né en 1942, a travaillé en tant que technicien en téléphonie pour l'entreprise X_____ à partir de 1970. Il a été licencié en août 2001 à la suite d'une restructuration de l'entreprise, ce qui a entraîné chez lui une dépression nerveuse réactionnelle.
2. Le 20 mars 2002, il a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) une demande de prestations visant à l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport du 3 mai 2002, la Dresse A_____, médecin FMH spécialisée en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué chez l'assuré une dépression. Elle a estimé son incapacité de travail dans sa profession d'électricien du bâtiment à 100% à partir du mois d'avril 2001.
4. Dans un « questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques » du 6 mai 2002, la Dresse A_____ a notamment indiqué que l'assuré ne présentait pas de trouble de la personnalité, que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient « de façon prépondérante » son affection, que les troubles psychiques n'étaient pas induits par le surmenage et qu'il n'y avait pas lieu de penser qu'ils pouvaient disparaître ou fortement s'atténuer si les circonstances se modifiaient. Elle a noté que les troubles psychiques étaient réactionnels à des événements malheureux, lesquels influençaient « de façon prépondérante » l'affection et que l'incapacité de travail était due « en majeure partie » à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles plutôt qu'à une affection physique ou mentale. Le médecin a ajouté que l'assuré, dans sa soixantième année, se sentait incapable de travailler dans le cadre d'une autre ambiance après 32 ans passés dans la même entreprise. Elle l'a ainsi considéré comme n'étant plus réadaptable, d'autant qu'il ne pouvait surmonter son état dépressif.
5. Dans un rapport du 26 juin 2002, le Dr B_____, généraliste, a diagnostiqué une dépression majeure réactionnelle et indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travail à compter du 27 août 2001. Le médecin a expliqué que son patient présentait un important état dépressif à la suite de l'annonce de son licenciement au début août 2001. Malgré un traitement anti-dépressif adéquat, il n'y avait pas eu d'amélioration suffisante. Il l'avait adressé en janvier 2002 au Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Puis, l'assuré avait changé de médecin et avait consulté la Dresse A_____. Dans une annexe au rapport du 26 juin 2002, le Dr B_____ indiquait notamment que son état était susceptible de s'améliorer.
6. Le 6 décembre 2002, le Dr C_____ a déclaré que l'assuré présentait un trouble de l'humeur avec humeur dépressive. Sa capacité de travail était de 50% du 21 janvier au 1^{er} mars 2002 et allait en s'améliorant. Le médecin a expliqué qu'à la

suite de son licenciement, l'assuré était devenu triste, révolté, découragé, avec un sentiment de faible estime de soi. Il ne croyait pas à une réadaptation professionnelle et portait un regard sombre sur son avenir. Dans un « questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques » du 10 décembre 2002, le médecin a indiqué que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient « grandement l'affection actuelle », que l'incapacité de travail était due « en majeure partie » à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles, plus qu'à une affection physique ou mentale, et qu'elles entraînaient une perte de la capacité de travail de 60%. Enfin, le médecin a précisé avoir cessé de s'occuper de son patient depuis le 1^{er} mars 2002. Dans une annexe au rapport médical de la même date, le médecin a estimé que l'activité exercée jusque là par l'assuré était encore exigible, que son rendement était diminué de 50%, que sa capacité de travail à ce poste ne pouvait pas être améliorée et qu'on pouvait exiger de lui d'exercer une autre activité.

7. Dans une note du 19 février 2003, le SMR LEMAN a estimé qu'au vu de la discordance des avis concernant la capacité de travail exigible, il se justifiait de mandater le Dr D_____ pour une expertise psychiatrique.
8. Par décision du 26 février 2003 cependant, l'intimé a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, l'assuré souffrant d'un état dépressif réactionnel à un licenciement, sans apparition de réels troubles psychogènes.
9. L'assuré, représenté par CARITAS Genève, a formé opposition le 13 mars 2003. Il a fait valoir que, selon son médecin-traitant, la Dresse A_____, il était totalement incapable de travailler, compte tenu des divers troubles physiques et psychologiques dont il souffrait.
10. Par décision sur opposition du 25 avril 2003, l'intimé a annulé sa décision du 26 février 2003, au motif que la décision attaquée avait été rendue sur la base d'un avis du SMR du 22 janvier 2003, devenu caduc. Se fondant sur la note du 19 février 2003, il a informé l'assuré qu'une expertise psychiatrique allait être mise sur pied.
11. Le 18 août 2003, le Dr D_____, premier chef de clinique au Département de psychiatrie de BELLE-IDEE aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) a rendu son expertise. Il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, classé sous F.32.11 selon CIM-10. Il a notamment relevé que la dépression, de nature réactionnelle, pouvait être considérée comme résistante aux traitements administrés : elle durait depuis deux ans et restait partiellement invalidante, en dépit d'une discrète amélioration admise par l'intéressé. Par ailleurs, les troubles psychiques (fatigue, apathie, manque d'énergie et de confiance en soi, troubles de la mémoire et de la concentration, ruminations anxieuses, soit une symptomatologie anxieuse et dépressive) réduisaient de manière significative la capacité de l'assuré à accomplir son activité professionnelle. La capacité de travail

était au maximum de 50% dans la mesure où il s'agissait d'une activité technique bien maîtrisée. Elle serait moindre si elle exigeait de lui l'apprentissage de techniques ou de compétences nouvelles. Dans son état clinique actuel, celle qui avait été exercée jusqu'ici était exigible à 50% au maximum, soit quatre heures par jour. Il existait encore des possibilités d'améliorer la capacité de travail en mettant en œuvre des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques spécifiques, et une consultation auprès d'un spécialiste était recommandée. Dans l'hypothèse la plus favorable, la capacité de travail pouvait être améliorée en quelques mois et passer de 50% à 75%, peut-être 100%. Un des principaux obstacles résidait dans l'effondrement narcissique, le sentiment chez l'assuré d'une perte de valeur et de capacité, et la conviction qu'un homme de son âge, dans son état clinique, n'avait plus de place dans le monde actuel du travail. Au titre des « remarques », l'expert a recommandé une consultation spécialisée, telle qu'au programme « Dépression » du service de psychiatrie adultes des HUG, pour évaluation et proposition de traitement. Il a estimé qu'il existait encore des ressources thérapeutiques et que certains traitements méritaient d'être proposés à l'assuré, dans son intérêt propre, aussi bien que dans la perspective d'une amélioration de sa capacité de travail.

12. Dans le rapport d'examen du 18 septembre 2003, le Dr E_____ du SMR LEMAN a noté que l'assuré souffrait principalement d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, ainsi que de lombalgies chroniques, ces dernières étant cependant sans influence sur sa capacité de travail. Celle-ci était nulle du mois d'août 2001 à environ février 2003, et à 50% depuis mars 2003 environ. Sa capacité de travail était de 50%, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Le médecin a relevé que, selon l'expertise du Dr D_____, toute activité lucrative était impossible en raison de sa dépression jusqu'au début de l'année 2003, sans que l'on puisse dater exactement une amélioration de la capacité de travail. Cependant, sa capacité de travail s'était améliorée depuis mars 2003 à 50% dans son ancienne activité, sans qu'il soit question de faire l'apprentissage de connaissances nouvelles. Dès lors, une réadaptation était illusoire, mais l'exercice de son ancien métier était exigible à 50%.
13. Par deux décisions datées du 10 décembre 2003, l'intimé a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2002 au 28 février 2003 et une demi-rente à partir du 1^{er} mars 2003, ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint.
14. La Caisse de pension LPP (ci-après la Caisse) auprès de laquelle était affilié l'employeur de l'assuré a formé opposition par acte du 5 janvier 2004.
15. La Caisse a complété son opposition par courrier du 19 janvier 2004. Elle a sollicité l'annulation des deux décisions du 10 décembre 2003 et la notification d'une nouvelle décision refusant toute prestation à l'assuré. Subsidiairement, elle a conclu à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit diligentée et qu'il soit accordé à l'assuré, cas échéant, des mesures de réadaptation et des indemnités journalières, à

l'exclusion de toute rente. Elle a notamment expliqué que l'assuré était employé d'X_____ SCHWEIZ AG depuis 1970 ; qu'en août 2001, l'employeur avait dû entreprendre une restructuration engendrant une réduction de personnel et avait informé l'assuré de son licenciement ; que l'assuré avait refusé le plan social qui lui avait été proposé. La Caisse considérait que l'expertise psychiatrique du 18 août 2003 effectuée par le Dr D_____ souffrait de graves lacunes, de sorte qu'il n'avait pas été valablement démontré que l'assuré présentait une dépression durable. De plus, le diagnostic retenu n'était pas suffisamment étayé et l'assuré ne se soumettait pas à un traitement adéquat, pourtant exigible, et aucune mesure de réadaptation n'avait été mise en œuvre.

Elle a joint à ses écritures un rapport établi le 12 janvier 2004 à sa demande par le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il a considéré que l'expertise du Dr P. D_____ du 18 août 2003 n'était pas recevable au motif qu'elle ne répondait pas aux critères qualitatifs des expertises et qu'elle concluait trop hâtivement à l'existence d'une maladie psychiatrique invalidante, aux motifs notamment que les plaintes reportées étaient partielles, que l'on ne connaissait pas l'état de l'assuré en-dehors du cabinet, que les informations recueillies étaient incomplètes, en particulier concernant le diagnostic et le pronostic, qu'il y avait lieu de penser que l'opinion de l'expert ne tenait pas compte des avancées récentes de la médecine lorsqu'il donnait un pronostic défavorable aux troubles observés, que les conclusions de l'expert étaient donc mal motivées. En conséquence, une nouvelle expertise s'imposait, tenant compte de ces remarques. Celle-ci devrait décrire en quoi les symptômes actuels étaient réactionnels ou non, s'il y avait simulation, si le traitement était adéquat, et dire le cas échéant ce qui devrait être fait, et déterminer s'il y avait une incapacité de travail médicale ou plutôt sociale.

16. Par courrier du 19 avril 2004, l'OCAI a demandé au Dr E_____ du SMR de confronter l'analyse du Dr F_____ et le rapport d'expertise du Dr D_____ et d'indiquer s'il maintenait son avis du 18 septembre 2003 ou s'il estimait qu'un examen complémentaire se justifiait, comme le souhaitait l'opposante.
17. Le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et le Dr E_____ du SMR, ont répondu par courrier du 26 avril 2004, estimant qu'il n'y avait pas de raison de modifier la décision entreprise. Ils ont noté que le Dr F_____ n'avait pas examiné l'assuré sur le plan psychiatrique, mais s'était borné à procéder à une analyse formelle de l'expertise du Dr D_____, ce qui enlevait une bonne part de crédibilité à ses démonstrations et diagnostics.
18. La Caisse a produit la réplique du 28 mai 2004 du Dr F_____, répétant que l'expertise du Dr D_____ et son diagnostic étaient notamment lacunaires et confus.

-
19. Dans ses observations complémentaires du 2 juin 2004, la Caisse a souligné que l'assuré présentait un trouble réactionnel à son licenciement qui n'avait pas valeur d'invalidité et que sa dépression était due à des facteurs socioculturels. La Caisse estimait que l'expertise du Dr D_____ ne satisfaisait pas aux exigences de qualité et de fiabilité posées par la jurisprudence et n'avait, en conséquence, pas pleine valeur probante. La Caisse faisait également siennes les critiques soulevées par le Dr F_____ contre l'avis médical du SMR du 26 avril 2004, considérant que l'expertise du Dr D_____ était confuse et lacunaire. La Caisse sollicitait enfin de l'OCAI qu'il soumette l'assuré à une nouvelle expertise médicale visant à établir si les symptômes actuels étaient, ou non, réactionnels, s'il y avait eu des exagérations, une simulation ou des bénéfices secondaires aux troubles, si le traitement avait été adéquat et l'était encore, ce qui pouvait être fait pour améliorer la santé psychique de l'assuré, en quoi celui-ci était motivé ou non à montrer des signes d'amélioration, pour dire le cas échéant ce qui devrait être fait, déterminer s'il y avait ou non une incapacité de travail médicale ou plutôt sociale, et élucider si l'aptitude au travail actuelle ne devrait pas être clairement supérieure à 60% dans un marché de l'emploi qui accepterait l'assuré. Par ailleurs, la Caisse entendait exercer son droit d'être entendu en se prononçant au préalable sur l'identité du nouvel expert.
20. Par décision du 28 juin 2004, l'intimé a rejeté l'opposition, confirmé ses décisions du 10 décembre 2003 et constaté que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. Il a expliqué qu'il avait sollicité au cours de l'instruction les rapports des psychiatres-traitants de l'assuré, soit la Dresse A_____ et les Drs T_____ et C_____, lesquels indiquaient tous que l'assuré présentait une incapacité de travail substantielle pour des raisons psychiques en lien avec un état dépressif. De plus, l'expertise psychiatrique diligentée par le Dr D_____ se prononçait sur toutes les conditions minimales requises par la jurisprudence et avait donc pleine force probante. Elle corroborait par ailleurs les divers avis émis par les médecins-traitants de l'assuré. Ainsi, ce n'étaient pas moins de quatre spécialistes qui retenaient une atteinte à la santé psychique se répercutant sur la capacité de travail de l'intéressé.

L'OCAI a également rappelé que l'assuré se soumettait depuis longtemps à un traitement psychothérapeutique et se rendait notamment plusieurs fois par mois auprès de la Dresse A_____. L'intimé s'estimait donc légitimé à baser les décisions attaquées sur le rapport du 18 août 2003 et jugeait superflue la mise en œuvre d'un nouvel examen psychiatrique.

Il a encore exposé que l'état dépressif dont souffrait l'assuré était certes consécutif à son licenciement, mais que cet état avait manifestement un caractère durable et qu'il entravait sa capacité de travail depuis 2001, suivant l'expertise du Dr D_____. En conséquence, il était faux d'affirmer que sa pathologie était exclusivement due à des facteurs socioculturels.

Quant aux mesures de réadaptation d'ordre professionnel, l'intimé relevait que l'assuré avait recouvré depuis mars 2003 environ une capacité de travail de l'ordre de 50% dans son ancienne activité, capacité qui était susceptible de s'améliorer grâce à la poursuite d'un traitement adéquat. Dès lors, une mesure d'ordre professionnel ne remplissait pas les conditions de simplicité, d'adéquation et de durabilité. L'intimé a enfin précisé qu'en cas d'amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré, susceptible de se répercuter sur son degré d'invalidité, il serait loisible de procéder à une révision à brève échéance.

21. La Caisse a formé recours par acte du 30 août 2004, reprenant les conclusions et motivations de son opposition du 5 janvier 2004, complétée les 19 janvier et 2 juin 2004. Elle a notamment rappelé que l'assuré ne présentait pas de dépression durable, le Dr C_____ et la Dresse A_____ ayant constaté les 6 mai et 6 décembre 2002 que l'incapacité de travail était due, « en majeure partie » à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles plutôt qu'à une affection physique ou mentale. Ces deux médecins avaient aussi constaté une grande influence de particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale concernant son affection. L'assuré ne souffrait d'aucun autre problème outre sa réaction à son licenciement, lequel n'était pas intervenu pour des raisons de maladie ou de troubles psychiques, mais parce que son employeur avait dû réduire ses effectifs. Au surplus, la recourante contestait le fait que l'assuré suivait une psychothérapie et estimait que le traitement médicamenteux était inadéquat. Ainsi, dans la mesure où les moyens de traitement médicaux n'avaient pas été épuisés, aucune rente d'invalidité ne pouvait être allouée et des mesures de réadaptation devaient être envisagées.
22. Dans son préavis du 10 septembre 2004, l'intimé a proposé le rejet du recours et s'en est rapporté aux explications de sa décision sur opposition du 28 juin 2004.
23. Par courrier du 29 septembre 2004, la recourante a fait savoir qu'elle n'avait pas d'observations complémentaires à formuler, tout en relevant que l'intimé n'avait pas discuté certains des arguments qu'elle avait fait valoir dans ses écritures.
24. Par ordonnance du 24 novembre 2004, le Tribunal de céans a appelé en cause l'assuré afin qu'il puisse faire valoir ses droits de partie et lui a fixé un délai au 3 janvier 2005 pour qu'il se détermine.
25. Par courrier du 14 décembre 2004, l'assuré, représenté par CARITAS GENEVE, a indiqué qu'il faisait siennes les conclusions de l'intimé et concluait à la confirmation des décisions litigieuses.
26. Après transmission de ce courrier aux parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} 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 pendantes au 1^{er} janvier 2003 ou introduites après cette date 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.
3. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la LAI.

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

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

En application des art. 49 al. 4 et 59 LPGA, ainsi que de l'art. 60 let. a de la loi genevoise de procédure administrative (LPA), la Caisse a qualité pour recourir, puisqu'elle peut se prévaloir d'un intérêt digne d'être protégé à ce que la décision litigieuse soit annulée ou modifiée.

5. La question à trancher dans le cas d'espèce est de savoir si l'assuré présente ou non une invalidité justifiant l'octroi d'une rente entière du 1^{er} août 2002 au 28 février 2003 et une demi-rente à partir du 1^{er} mars 2003.
6. L'art. 4 al. 1 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée 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).

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, 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 malade, 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. 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 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66 2/3%, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2003). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40 % au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1^{bis} aLAI). Dès le 1^{er} janvier

2004, un trois-quarts de rente est accordée à partir d'un degré d'invalidité de 60% et une rente entière dès 70% au moins.

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

L'élément décisif pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni le fait qu'il soit désigné comme un rapport ou une expertise médicale, mais bel et bien son contenu. Ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et réf.). L'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (J. MEINE, *L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?*, in *Schweizerische Versicherungszeitschrift*, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, *Erwartungen des Richters an der Sachverständigen*, in *PJA* 1999 p. 567ss).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge

ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les préférences).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle 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 l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus 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).

7. En l'espèce, l'intimé a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} août 2002 au 28 février 2003, correspondant à l'octroi d'une rente entière, et un degré d'invalidité de 50% à partir du 1^{er} mars 2003, correspondant à l'octroi d'une demi-rente.

Il y a lieu de relever, contrairement à l'avis du Dr F_____, que l'expertise médicale établie par le Dr D_____ a été réalisée dans les règles de l'art et a dès lors pleine force probante. En effet, l'état psychique de l'assuré a fait l'objet d'une étude fouillée, au moyen d'exams complets, prenant en considération les plaintes de l'assuré, l'anamnèse du cas, avec des conclusions bien motivées concernant le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, classé sous F.32.11 selon CIM-10. Celle du Dr F_____ en revanche n'apportait aucun élément médical nouveau, se contentant de critiquer l'expertise du Dr D_____, sans même avoir pris la peine de rencontrer l'assuré. En conséquence, il ne se justifie pas de procéder à une nouvelle expertise médicale.

Les médecins-traitants, les Drs A_____, T_____ et C_____, ainsi que le Dr D_____, reconnaissent tous à l'assuré une incapacité de travail substantielle pour des raisons psychiques en lien avec un état dépressif.

Il s'agit de déterminer si la dépression dont souffre l'assuré est invalidante au sens de l'assurance-invalidité ou non.

Suivant le chiffre 1007 de la Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), on parle d'atteinte à la santé mentale ou psychique quand, en raison d'une infirmité congénitale, d'un accident ou d'une maladie, il existe un trouble des fonctions mentales, intellectuelles, cognitives ou émotionnelles, permanent ou de longue durée, qui persiste malgré les mesures thérapeutiques et entraîne une incapacité de travail durable, partielle ou totale.

Le diagnostic de dépression, souvent posé par des non-psychiatres, est insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail. Il est nécessaire d'objectiver s'il s'agit d'un épisode dépressif transitoire ou d'un trouble affectif grave durable. Des indications sur le pronostic avec un traitement approprié sont indispensables.

Le TFA a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique concernant les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA (cf. art. 4 al. 1 LAI). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; Arrêt I 382/03 du 21 janvier 2004 consid. 3.1). En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champs socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (VSI 2000 p. 155).

En l'espèce, la dépression de l'assuré est consécutive au licenciement de son emploi de technicien en téléphonie pour l'entreprise X_____, et doit être qualifiée de dépression réactionnelle. Il n'est pas contesté que l'assuré souffre d'une dépression durable, l'affectant sans discontinuité depuis le mois d'août 2001. Elle est qualifiée comme telle par le Dr D_____ dans son expertise du 18 août 2003. Le critère de durabilité retenu par le TFA et par l'OFAS est dès lors manifestement réalisé.

Cela étant, il y a lieu de constater que selon l'expertise du Dr D_____, il existait encore des possibilités d'améliorer la capacité de travail en mettant en œuvre des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques spécifiques et il recommandait la consultation auprès d'un spécialiste ou de suivre le programme « dépression » du service de psychiatrie adultes des HUG. Ainsi, selon le Dr D_____, la capacité de travail pouvait être améliorée en quelques mois et passer de 50% à 75%, peut-être même 100% dans l'hypothèse la plus favorable.

Il convient cependant de préciser que le patient a tout mis en œuvre pour limiter au maximum le préjudice subi (cf. ATF 107 V 17 et 123 V 233), puisqu'il a suivi un traitement antidépresseur auprès du Dr B_____, puis consulté les Drs C_____ et A_____, tous deux psychiatres. On ne saurait donc lui reprocher de ne pas avoir fait le nécessaire pour sortir de sa dépression et lui tenir rigueur de présenter encore une incapacité de travail de 50% à compter du 1^{er} mars 2003. Le Dr D_____ avait d'ailleurs relevé dans son expertise que la dépression était résistante aux traitements administrés.

Force est dès lors d'admettre le caractère invalidant de la dépression dont souffre l'assuré et ce bien qu'elle trouve son origine en partie dans des facteurs psychosociaux et de reconnaître qu'elle a entraîné une invalidité totale du 1^{er} août 2002 au 28 février 2003, puis de 50% dès le 1^{er} mars 2003.

Au vu de ce qui précède, il sied de confirmer le droit de l'assuré à une rente entière du 1^{er} août 2002 au 28 février 2003, puis à une demi-rente AI à partir du 1^{er} mars 2003. Celui-ci est invité à suivre le traitement préconisé par le Dr D_____. Une révision de la décision devra être conduite à court terme, ainsi que l'avait du reste envisagé l'OCAI dans sa décision du 28 juin 2004.

Le recours est donc rejeté.

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

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Dit que le recours est recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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:

Marie-Louise QUELOZ

La Présidente :

Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Alain ACHER

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