RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1047/2005 **ATAS/130/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 25 janvier 2006

En la cause

Monsieur A_____	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente; Mesdames Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le 30 août 1967 à Genève, a effectué un apprentissage de mécanicien pendant trois ans, sans obtenir de CFC. Il a exercé la profession de coursier magasinier chez X_____ jusqu'au 30 septembre 1993. Après une période de chômage de quatre mois, il n'a pas repris d'activité jusqu'en 1999.

2. L'intéressé a fait, dès l'âge de 12 ans, un usage abusif de substances toxiques. Devenu polytoxicomane, il a suivi diverses cures de désintoxication, en Suisse et en Espagne. Le 27 février 1996, le Tribunal tutélaire de la République et canton de Genève a prononcé la curatelle volontaire de l'intéressé.

3. En 1999, alors qu'il était sous cure de méthadone, il a repris une activité lucrative par intermittence, dans une entreprise de nettoyages.

4. Le 31 octobre 2000, par l'intermédiaire de son curateur, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente.

5. Dans son rapport du 30 novembre 2000 à l'attention de l'OCAI, le Docteur B_____, médecin traitant, a indiqué que son patient était sous traitement médical de méthadone, seropram et tranquillisants depuis le 22 décembre 1999, pour une durée indéterminée. L'atteinte à la santé était présente depuis 1998. Le médecin a posé les diagnostics d'hépatite C et de toxicomanie. Cette dernière affection était d'importance moyenne et n'a pas causé un dommage physique et/ou mental important, ni d'hospitalisations. Le patient était sous cure suivie de méthadone. S'agissant des capacités professionnelles, l'assuré pouvait exercer l'activité de mécanicien, magasinier ou une autre activité adaptée à la demi-journée, avec un plein rendement.

6. Par ordonnance du 8 octobre 2002, le Tribunal tutélaire a prononcé la mainlevée de la mesure de curatelle volontaire.

7. A la demande de l'OCAI, le Docteur B_____ lui a communiqué, le 28 mars 2003, copies des examens de laboratoire. Il a mentionné une hépatite C non confirmée, une toxicomanie sévère (cocaïne, benzodiazépines, haschisch, héroïne et méthadone), un syndrome de fatigue chronique et une dépression réactionnelle. Il a précisé qu'un essai de replacement professionnel pourrait être envisagé.

8. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique qu'elle a confiée au Docteur G. C_____.

9. L'expert a rendu son rapport en date du 6 septembre 2003. Il relève à l'anamnèse une initiation précoce de l'assuré à la consommation de cannabis, dès l'âge de 12 ans, et à la prise rapide d'autres substances (héroïne, cocaïne, LSD,

benzodiazépines). La dépendance chronique remonterait à 1992. Le patient a fait plusieurs cures de désintoxication. D'avril à juillet 2003, il a été hospitalisé à la clinique Belmont pour un dernier sevrage de cocaïne. A la sortie, il était sous traitement de méthadone et anti-dépresseur. Au status psychiatrique, il relève que le patient est collaborant, mais désordonné dans ses propos. Les troubles mnésiques se limitent à certains événements du passé, mais ne semblent pas toucher les capacités mnésiques immédiates. L'humeur est stable, avec des fluctuations émotionnelles d'une séance à l'autre. L'expert a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un syndrome de dépendance, actuellement abstinent, avéré depuis 1993 en tout cas, d'hépatite C (non confirmée), et de personnalité émotionnellement labile (type borderline). Sur le plan psychiatrique, l'expert expose que la dépendance chronique prolongée toxicomaniaque constitue une pathologie à part entière dont il est très laborieux et long de sortir définitivement. Les abstinences prolongées demeurent malgré tout et le plus souvent fragiles, d'autant qu'il s'agit d'une polytoxicomanie précoce. Le trait de personnalité dominant étant une labilité émotionnelle, il se caractérise par des capacités d'adaptation professionnelles réduites et une forte tendance à la reprise de substances toxiques lors de circonstances défavorables. Une activité suivie à temps partiel, à raison de 2 à 3 heures par jour, dans un poste qui autorise une souplesse horaire limitée peut avoir un rôle souvent structurant et améliore l'insertion sociale. Un suivi médical régulier en période d'abstinence paraît toujours indiqué. Dans le questionnaire en cas de toxicomanie, l'expert a répondu par l'affirmative à la question de savoir si la toxicomanie était la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale, avec la précision suivante : " troubles de la personnalité et mauvaise gestion d'une conflictualité dépressive chronique". Cette atteinte existe depuis 1993 au moins et est fluctuante, au rythme des événements de vie. La toxicomanie n'a, à sa connaissance, pas causé de dommage physique et/ou mental important, mais un examen neuropsychologique pourrait s'avérer utile.

10. Dans le cadre d'une collaboration entre offices AI, l'OCAI a mandaté l'Office de l'assurance-invalidité du canton du Jura pour traiter la demande de l'assuré. Répondant à un questionnaire que lui a adressé l'Office AI du canton du Jura en date du 14 janvier 2004, l'intéressé a déclaré que son état de santé était stationnaire depuis le dépôt de sa demande AI.

11. Dans une note du 5 février 2004, le médecin de l'Office AI du canton du Jura, a relevé qu'un examen neuropsychologique de l'assuré lui semblait nécessaire et que le SMR devait le revoir pour procéder à cet examen.

12. Les médecins du Service médical régional AI SMR LEMAN, dans un avis du 17 février 2004, exposent qu'hormis la personnalité borderline qui est classique chez les toxicomanes et qui est en l'occurrence compensée, il n'y a aucune pathologie psychiatrique qui, à elle seule, empêcherait l'assuré de travailler. Il n'y a pas de retentissement physique, invalidant ou non, de la toxicomanie: le diagnostic

d'hépatite C n'a pas été confirmé, les troubles mnésiques sur la période de forte toxicomanie sont banals. Il s'agit d'une toxicomanie primaire au sens de l'AI, qui exclut des prestations de l'assurance.

13. Par décision du 22 avril 2004, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré, au motif que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxico-dépendance et qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens de la loi.

14. Le 19 mai 2004, l'assuré a formé opposition, faisant valoir que depuis l'expertise psychiatrique il a été à nouveau hospitalisé à la clinique de Belmont en août 2003, durant un mois et demi, pour une rechute et dépression, suivie d'un séjour à l'étranger pour convalescence. En outre, il venait de sortir de la clinique de Montana.

15. Dans son rapport à l'Office AI pour le canton du Jura du 22 septembre 2004, le Docteur B_____ déclare que l'état de santé peut être considéré comme stationnaire, voire en très légère amélioration. L'hépatite C est guérie. Le patient présente une dépression nerveuse, réactionnelle et une dépendance à la cocaïne et aux opiacés, avec déni de la situation. L'évolution de la situation psychosociale n'est guère améliorée. La capacité d'adaptation professionnelle reste réduite; malgré le déni et la substitution relativement bien suivie, l'assuré présente des rechutes d'intoxications. Le pronostic reste extrêmement réservé.

16. Selon le rapport de la clinique genevoise de Montana du 25 mai 2004, l'assuré a séjourné à la clinique du 4 au 18 mai 2004 pour une rééducation après abus de drogue. Les médecins ont mentionné les comorbidités suivantes : dépendance aux opiacés sous traitement substitutif de Méthadone, dépendance à la cocaïne, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, tabagisme chronique, status post-hépatite A il y a 6 ans, status post-hépatite C. L'examen clinique d'entrée a révélé une thymie triste, une anhédonie, augmentation de la fatigabilité, baisse de la concentration, sentiment de dévalorisation et une diminution de l'appétit. L'assuré ne présentait pas d'idée suicidaire, ni d'élément de la lignée psychotique. Les facteurs qui ont mené à sa rechute dans la toxicomanie ont été identifiés, à savoir l'absence d'activité professionnelle, les conflits de couple. Un traitement anti-dépresseur a été réintroduit. L'éloignement de Genève et le soutien médico-infirmier de la clinique ont permis une amélioration de sa thymie, de même que la physiothérapie de réentraînement à l'effort qui a eu un très bon effet sur son état psychique.

17. Par décision du 1er mars 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré.

18. L'intéressé a interjeté recours en date du 11 avril 2005, faisant valoir qu'il était toujours suivi par son médecin traitant pour un traitement de méthadone. D'autre part, sur conseil de son médecin traitant et suite à une péjoration de son état psychique, il bénéficiait d'un suivi psychiatrique par le Docteur D_____. Il

allègue que cet état préexistait avant sa toxicomanie et s'est empiré. Il lui est actuellement impossible d'entreprendre un emploi et de le maintenir.

19. Dans sa réponse du 27 mai 2005, l'OCAI a conclut au rejet du recours, se référant à l'expertise et à l'avis du SMR LEMAN, selon lequel l'assuré souffre d'une toxicomanie primaire qui exclut le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

20. Invité à se déterminer, le recourant n'a pas déposé d'autres conclusions. 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 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.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 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 8 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi 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. Selon la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Aussi droit à une rente doit- il être examiné au regard

de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 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).

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est à cet égard recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Selon l'art. 4 LAI, 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. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

   A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 317, 320 et 323 ; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références).

   L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il et invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à

40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   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).

7. Selon l'OCAI, le recourant souffre d'une toxicomanie primaire, soit d'une atteinte à la santé non invalidante. Il se fonde sur l'avis de l'expert, ainsi que sur celui du SMR LEMAN, selon lequel le recourant, hormis la personnalité borderline classique chez les toxicomanes, et actuellement compensée, il n'y a aucune pathologie psychiatrique qui, à elle seule, l'empêcherait de travailler. Le recourant conteste cette conclusion, faisant valoir que son état de santé psychique s'est détérioré, qu'il existait bien avant sa toxicomanie et qu'il est dans l'incapacité actuellement d'entreprendre un emploi ou de le maintenir.

   Le Docteur B_____, médecin traitant du recourant, relevait dans son rapport du 30 novembre 2000, que le recourant souffrait d'une hépatite C et de toxicomanie. L'atteinte à la santé existait depuis 1998 et le patient était en traitement chez lui pour un traitement de substitution à la méthadone et d'anti-dépresseurs depuis le 22 décembre 1999. Le recourant pouvait exercer une activité lucrative en tant que mécanicien, magasinier ou dans une activité adaptée, à la demi-journée. Le 28 mars 2003, le médecin a communiqué à l'intimé copies des examens de laboratoire de son patient ; tout en relevant que l'hépatite C était non

confirmée, il mentionnait une toxicomanie sévère, un syndrome de fatigue chronique et une dépression nerveuse réactionnelle. Un essai de replacement professionnel pouvait être envisagé.

L'expert psychiatre mandaté par l'intimé, le Docteur C_____, a posé les diagnostics suivants au regard de l'ICD-10, avec répercussions sur la capacité de travail : syndrome de dépendance avéré depuis 1993 en tout cas, actuellement abstinent (à l'héroïne et à la cocaïne depuis avril 2003), hépatite C non confirmée, personnalité émotionnellement labile (type borderline). Dans son appréciation du cas, l'expert relève que le patient a eu une relation à la drogue précoce, dès l'âge de 12 ans, dans le cadre de conflits familiaux fréquents et l'exercice de l'autorité paternelle très sévère auxquels il a essayé d'échapper ; la polytoxicomanie s'est manifestée par une consommation souvent à des doses extrêmes. De nombreuses tentatives de sevrage ont eu lieu avec des succès variés, mais peu concluants à long terme. Sur le plan psychiatrique, la dépendance chronique prolongée toxicomaniaque constitue une pathologie à part entière dont il est très laborieux et long de sortir définitivement. Le trait de personnalité dominant étant une labilité émotionnelle, il se caractérise par des capacités d'adaptation professionnelles réduites et une forte tendance à la reprise de la consommation lors de circonstances défavorables. Une activité suivie à taux partiel, par exemple tentative de 2 à 3 heures par jour dans un poste qui autorise une souplesse horaire limitée, peut avoir un rôle souvent structurant et améliorer la réinsertion sociale. Selon l'expert, le cursus professionnel et de vie de l'expertisé reflètent sa grande difficulté, malgré les tentatives répétées de sevrage, à regagner définitivement sa place dans le monde socioprofessionnel. Répondant au questionnaire en cas de toxicomanie établi par l'OCAI, l'expert a déclaré que la toxicomanie est la conséquence de troubles de la personnalité, d'une mauvaise gestion d'une conflictualité dépressive chronique, présente depuis 1993, aggravée en 1994 – 1996. L'importance a été fluctuante. A sa connaissance, elle n'a pas causé un dommage physique et/ou mental important, mais un examen neuropsychologique pourrait s'avérer utile (cf. rapport d'expertise du 6 septembre 2003).

Alors que le médecin de l'Office AI du canton du Jura estimait qu'un examen neuro-psychologique lui semblait nécessaire, au regard de la longue durée de la toxicomanie et du pronostic réservé, les médecins du SMR LEMAN ont conclu à une toxicomanie primaire qui exclut le droit à des prestations. Ils relèvent dans leur avis du 17 février 2004 que l'assuré est en phase de convalescence d'une toxicomanie prolongée et qu'il n'y a aucune pathologie psychiatrique qui, à elle seule, empêcherait l'assuré de travailler. Du point de vue physique, le diagnostic d'hépatite C n'a pas été confirmé.

Au cours de la procédure d'opposition, le recourant a allégué avoir été hospitalisé. Il résulte du rapport de la clinique de Montana, que l'assuré a été hospitalisé du 4 au 18 mai 2004 pour une rééducation après abus de drogue. Outre les dépendances aux

opiacés sous traitement substitutif de Méthadone et à la cocaïne, les médecins ont relevé comme comorbidités un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un tabagisme chronique, un status post-hépatite A il y a 6 ans et un status post-hépatite C. Un traitement anti-dépresseur a été réintroduit et la physiothérapie de réentraînement à l'effort a eu un très bon effet sur son état psychique.

Questionné à nouveau par l'intimé, le Docteur B_____ a indiqué en date du 27 septembre 2004 que l'état de santé de son patient était stationnaire, voire en très légère amélioration. Les diagnostics sont toujours les mêmes, l'hépatite C est guérie. Le patient est en traitement de substitution et sous anti-dépresseur. La capacité d'adaptation professionnelle reste réduite et le pronostic extrêmement réservé.

8. A la lecture du rapport d'expertise, tout porte à croire que le recourant présente, vraisemblablement depuis l'enfance, des troubles de la personnalité de type borderline dont la toxicomanie serait la conséquence. L'importance desdits troubles aurait toutefois été fluctuante, au gré des événements de vie. Selon l'expert, en raison du trait de personnalité dominant (labilité émotionnelle), les capacités d'adaptation professionnelles sont réduites. Au moment de l'expertise, en septembre 2003, la capacité de travail du recourant était, selon l'expert psychiatre, de 2 à 3 heures par jour, dans une activité autorisant une souplesse horaire limitée. A cela s'ajoutait un état dépressif, qualifié de moyen en 2004 par les médecins de la clinique de Montana, auquel on ne saurait dénier d'emblée tout caractère invalidant, puisque, selon le recourant, il nécessiterait un suivi psychiatrique par le Docteur D_____.

   Sur la base de l'expertise et des différents rapports médicaux, on pourrait ainsi conclure, contrairement à l'avis de l'intimé, que le recourant présente des troubles qui pourraient avoir valeur de maladie au sens de la jurisprudence. Il y a lieu cependant de constater que l'instruction du dossier est lacunaire ; en effet, la question de la gravité des troubles de la personnalité, antérieurs à la toxicomanie, dont est atteint le recourant n'est pas clairement définie. D'autre part, alors que le recourant a été suivi par la Fondation PHOENIX, les IUPG et hospitalisé à la Clinique de Belmont, aucun rapport le concernant ne figure au dossier. De tels renseignements auraient été cependant fort utiles pour déterminer si la toxicomanie est bien la conséquence de troubles de la personnalité, et quelle en est ou a été la gravité, étant rappelé que le recourant a déposé sa demande de prestations en 2000. Au surplus, l'expert a expressément indiqué qu'un examen neuropsychologique pourrait s'avérer utile afin de déterminer si la toxicomanie elle-même n'avait pas causé un dommage physique ou psychique important, ce qui ne peut être exclu a priori, au vu de la durée et de l'importance de la polytoxicomanie. De même serait-il utile de requérir des informations sur l'état psychique du recourant auprès du Docteur D_____.

Enfin, s'agissant des troubles physiques, l'on ignore si le recourant a été ou non atteint d'une hépatite : après avoir mentionné ce diagnostic en 2000, le médecin traitant a déclaré en 2003 que ce diagnostic n'était pas confirmé et en 2004 que l'hépatite C était guérie, alors que les médecins de la clinique de Montana parlent d'un status post hépatite A il y a 6 ans et un status post-hépatite C. Or, il importe également de savoir si, précisément, le recourant a souffert de ces affections, à quel moment et quelle en est ou a été leur incidence sur sa capacité de travail.

Dans ces conditions, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il effectue une instruction complémentaire et statue à nouveau sur les droits éventuels du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision sur opposition du 1er mars 2005 ainsi que celle du 22 avril 2004.

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

5. 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).

Le greffier	La présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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