

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1087/2007

ATAS/1136/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 novembre 2011

3^{ème} chambre

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Evelyne BOUCHAARA et Claudiane CORTHAY,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B _____, né en 1969, a exercé la profession de vendeur et, accessoirement, celle de réceptionniste-employé de bureau.
2. Le 4 janvier 1989, il a été victime d'une entorse compliquée avec arrachement de la malléole.
3. Le 28 mars 1990, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI), qui lui a accordé, par décision du 21 mai 1991, une rente entière d'invalidité.
4. Par décision du 20 août 1991, l'OAI a en outre mis l'assuré au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle, sous forme de prise en charge d'une formation professionnelle initiale d'analyste-programmeur. Cette décision a toutefois été annulée au vu de la gravité de l'atteinte psychique (agoraphobie et panique).
5. En juillet 1993, il était relevé que le problème d'agoraphobie tendait à se résoudre complètement mais qu'en revanche, l'état de la jambe de l'intéressé ne s'améliorait pas (hyperlaxité ligamentaire congénitale empêchant l'assuré d'avoir une bonne stabilité en position debout).
6. L'assuré a finalement réussi à terminer sa formation en juin 1995 et a été engagé, dès le 1er mai 1994, à mi-temps, par une entreprise d'informatique.
7. En 1994, l'assuré a fait une nouvelle chute avec entorse des deux chevilles et rupture de la plastie externe de la cheville droite. Des orthèses lui ont permis de continuer à travailler. L'assuré était cependant limité par ses problèmes psychiques (trouble anxieux et attaques de panique avec claustrophobie et agoraphobie).
8. En octobre 1995, l'assuré a été licencié. Son employeur a expliqué avoir dû se résoudre à cette extrémité en raison de l'état de santé de l'intéressé, dont il a souligné les capacités professionnelles et la motivation.
9. Par décision du 1er avril 1997, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière à compter du 1er septembre 1995 (pce 21 OAI). Cette décision se basait notamment sur les documents suivants :

- un rapport médical établi le 15 avril 1996 par le Dr L _____ concluant à une totale incapacité de travail ; le médecin mentionnait : un trouble panique en décompensation anxio-dépressive avec phobie alimentaire, d'un syndrome fibromyalgique diffus, d'une poly-allergie médicamenteuse, d'une instabilité douloureuse des chevilles et d'une lithiase rénale ; il expliquait que l'état de son patient s'était détérioré depuis 1995 (décompensation anxio-dépressive, détérioration de l'état

général, perte de poids ayant conduit à l'hospitalisation, abaissement très important du seuil de la douleur) mais que l'évolution était désormais un peu plus favorable, avec l'introduction d'une thérapie cognitivo-comportementale et d'antidépresseurs ; le médecin évoquait la possibilité d'envisager la reprise d'une activité d'enseignement en informatique (pce 12 OAI) ;

- un bref avis du Dr M _____, émis le 15 août 1996, indiquant que l'obstacle à la reprise d'une activité était probablement plus psychique que physique, que l'assuré était pour l'heure totalement incapable de travailler mais que la situation devrait être réexaminée ultérieurement.

10. En 1999, la présence d'une calcinose prostatique et d'une oligospermie a été documentée (pce 187 OAI).
11. En 2001, l'assuré a pu reprendre une activité à temps partiel (30% à compter de juin 2001 puis 50% à compter de janvier 2002) en tant qu'informaticien avec des tâches d'enseignement (cf. pce 112 OAI).
12. Le 10 mars 2004, l'OAI a rendu une décision au terme de laquelle la rente entière allouée jusqu'alors à l'assuré a été remplacée par une demi-rente à compter du 1er mars 2004 (pce 18 OAI). Cette décision a été rendue essentiellement sur la base du rapport d'expertise établi par le Dr N _____, spécialiste FMH en psychiatrie. L'expert avait diagnostiqué un état dépressif léger et des attaques de panique. Il avait conclu à une amélioration de l'état psychique de l'assuré lui permettant désormais de travailler. Il avait cependant souligné que la fatigabilité, la baisse de l'humeur et les troubles de la concentration restaient néanmoins handicapants et ne permettaient pas à l'assuré d'assumer une activité professionnelle à plus de 50% (pce 70 OAI).
13. A compter du 11 mai 2005, l'assuré a été mis en arrêt de travail complet.
14. Par courrier du 22 juillet 2005, il a demandé la révision de son dossier et l'augmentation de sa rente d'invalidité en invoquant une aggravation de son état de santé, tant sur le plan rhumatologique que psychique.
15. Par courrier du 6 octobre 2006, le Dr O _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a confirmé à l'OAI que depuis plusieurs mois, les aspects dépressif et anxieux s'étaient sévèrement aggravés chez son patient, entraînant une inadéquation progressive à son travail.

Sur le plan anxieux, le médecin a noté une recrudescence des attaques de panique (jusqu'à plusieurs fois par jour, avec peur panique sans objet, sensation de tension, accélération du rythme cardiaque, sueurs et tremblements).

Sur le plan dépressif, le médecin a observé une aggravation importante des troubles du sommeil liés. Il a ajouté qu'une fatigue diurne de plus en plus importante se manifestait, accompagnée de phénomènes somatiques multiples. Le médecin a également mentionné des difficultés de concentration. Il a émis l'avis qu'on ne pouvait envisager de changements notoires à moyen terme et qu'au vu de l'état de santé de son patient, un degré d'invalidité de 100% devrait lui être à nouveau reconnu (pièce 13 OAI).

16. Le 10 octobre 2005, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne, a également adressé un rapport à l'OAI.

Il y posait les diagnostics suivants : syndrome d'Ehlers-Danlos de type III, trouble panique, spasmes atypiques du sommeil, syndrome vertigineux de nature indéterminée, hypercholestérolémie, poly-allergie médicamenteuse et tachycardie iatrogène.

Le Dr L _____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient remontant à la fin de l'année 2004 et ayant entraîné un arrêt de travail complet à compter du 11 mai 2005.

Le médecin a indiqué que les investigations engagées pour évaluer la nature génétique de la polyopathie présentée par l'assuré avaient permis de poser le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos de type III et que, s'il n'était pas possible d'établir formellement l'existence d'une association syndromique entre cette pathologie génétique d'hyperlaxité ligamentaire et les autres manifestations malades, une telle association devait être envisagée compte tenu de l'existence d'une situation clinique similaire chez une parente au deuxième degré.

Par ailleurs, le Dr L _____ a expliqué que la tachycardie développée au repos, qui limitait sensiblement l'aptitude physique du patient, apparaissait secondaire à la prescription de dérivés tricycliques pour le traitement du trouble panique ; une labilité de la fréquence cardiaque persistait en situation de stress, qui produisait également en elle-même des épisodes de tachycardie malgré la tentative de suppression du traitement, suppression qui s'accompagnait malheureusement de la réapparition d'un cortège de troubles somatiques, en particulier digestifs.

En définitive, le Dr L _____ a conclu que la capacité de travail de son patient était désormais très réduite, au mieux de l'ordre de 20 à 25% (pièce 15 OAI).

17. Sur avis du service médical régional AI (SMR), l'OAI a confié au Centre d'expertise médicale (CEMed) le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire. Les Drs P _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et Q _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ont rendu leur rapport en date du 22 mai 2006 (pce 176 OAI).

Ces médecins ont relevé que l'assuré souffrait d'une maladie génétique rare avec un tableau d'instabilité des chevilles et des douleurs pouvant évoquer une fibromyalgie ainsi que d'un trouble psychiatrique péjoré d'après son médecin traitant.

Ils ont noté que l'assuré se plaignait en premier lieu de cervicalgies, présentes en permanence, avec des crises de douleurs beaucoup plus intenses survenant à n'importe quel moment de la journée, sans relation avec les activités exercées. Des vertiges accompagnaient parfois les douleurs cervicales. L'assuré se plaignait également de douleurs aux deux poignets et dans les avant-bras (présentes par intermittence, exacerbées par l'utilisation d'une souris d'ordinateur ou par le port d'objets - même légers - et se manifestant sous forme de tendinite des extenseurs du poignet), de douleurs dans les deux chevilles (principalement à droite, constantes et exacerbées par la marche) et enfin, de douleurs lombaires (très modérées et augmentant au port de charges).

Sur le plan psychique, l'assuré se décrivait comme fréquemment manquant d'énergie, fatigué, déprimé, avec une humeur très labile, des attaques de panique fréquentes et sources d'anxiété permanente, ayant un sommeil de très mauvaise qualité. Il a expliqué avoir appris à gérer ses attaques de panique, mais n'avoir pas réussi à se débarrasser du trouble anxieux qui l'embarrasse et le handicape encore dans la vie sociale.

L'examen psychiatrique n'avait montré aucun trouble de l'attention, de la concentration ou de la vigilance. Les médecins ont relevé des facultés intellectuelles dans la moyenne supérieure, la mémoire ancienne comme récente étant très précise. L'esprit a été qualifié de clair, les capacités de jugement et de raisonnement d'excellentes. Aucun signe de décompensation sur le plan psychiatrique n'a été décelé, à part une légère anxiété. Il a été relevé que les émotions étaient fortement refoulées. La tonalité de l'humeur pendant l'entretien a été décrite comme neutre, sans signe de dépression. Aucun signe de psychose ou de trouble du cours de la pensée n'a été relevé non plus. L'assuré a été décrit comme "crédible et authentique mais avec de forts traits hypocondriaques au sujet de ses problèmes de santé physique". Aucun signe d'exagération ou de simulation n'a été relevé sur le plan psychique. De même, les médecins ont précisé que l'assuré n'était pas exagérément démonstratif sur le plan psychique, malgré une certaine discordance entre ses plaintes et sa présentation clinique, l'assuré ayant l'air "psychiquement tout à fait bien", hormis une légère anxiété, alors qu'il se plaignait de troubles anxio-dépressifs. Il a été relevé que depuis 1995, le patient avait appris à bien contrôler et juguler les troubles panique.

Comparant le status psychiatrique décrit lors de l'expertise de janvier 2004 avec leurs propres constatations, les experts ont conclu à une amélioration, soulignant que le trouble panique était nettement moins fréquent - car l'assuré pouvait le contrôler par des exercices respiratoires - qu'il n'y avait aucune difficulté de

concentration objectivable et que le sentiment d'être incurable et de ne jamais pouvoir s'en sortir n'était plus présent; au contraire, l'assuré se montrait optimiste sur son évolution personnelle et avait admis une amélioration dans son état. La quantité d'antidépresseurs avait par ailleurs été grandement diminuée, se réduisant désormais à une dose homéopathique de Surmontil (5 mg par jour).

En définitive, les experts ont retenu au titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré : une hyperlaxité ligamentaire, un syndrome de Ehlers-Danlos, congénital et des cervicalgies depuis 1998. Ils ont en revanche considéré que la fibromyalgie et le trouble panique - en voie de résolution depuis 1995 - étaient sans influence sur la capacité de travail.

S'agissant de celle-ci, les experts ont estimé que, sur le plan psychique, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle, de même que sur le plan social. En revanche, sur le plan physique, ils ont préconisé d'éviter de rester plus de trois heures devant l'ordinateur, le port de charges fréquent de plus de 5 kg, le port de charges de plus de 8 kg et les positions en porte-à-faux. Ils ont également recommandé une activité s'effectuant en position assise et non debout. Sur le plan somatique, ils ont conclu que l'assuré ne pourrait exercer sa profession d'informaticien plus de 6,5 h./jour, étant précisé qu'il lui serait nécessaire de répartir son taux d'activité sur deux périodes de 3 h. 15 chacune, afin de pouvoir récupérer (pièce 176 OAI).

18. Le 26 juin 2006, l'OCAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait, vu l'amélioration survenue dans son état de santé depuis le 6 avril 2006, de supprimer sa rente (pce 180 OAI).
19. Le 10 juillet 2006, l'assuré s'est opposé à ce projet en alléguant en substance que son état de santé s'était non pas amélioré mais aggravé en 2005, qu'il avait essayé, en vain, de travailler à 50%, que l'examen psychiatrique auquel il avait été soumis n'avait duré que 10 à 15 minutes et qu'il était incapable de travailler à 80% comme informaticien dans la mesure où il ne pouvait rester assis devant un écran plus de trois heures. Il a par ailleurs affirmé sa volonté de tout mettre en œuvre pour retrouver sa capacité de gain (pce 183 OAI).
20. Le 2 août 2006, le Dr L_____ a fait parvenir à l'OAI un rapport aux termes duquel il a rappelé les affections dont souffrait son patient.

Le Dr L_____ a exprimé l'avis que la symptomatologie physique n'avait qu'une influence limitée en termes de capacité de travail, contrairement à la symptomatologie psychique qui, elle, jouait un rôle prépondérant.

Le médecin a relevé que l'assuré s'était durablement et fortement investi sur le plan professionnel mais qu'à chaque reprise d'activité, l'embellie initiale constatée avait progressivement cédé le pas à une augmentation du stress, des plaintes somatiques (douleurs, tachycardie, dyspepsie) et de l'anxiété, se traduisant par l'augmentation

du nombre et de la fréquence des consultations médicales. L'état de détresse générale aboutissait alors à la résurgence du trouble dépressif et menait inéluctablement à l'incapacité de travail.

Le Dr L_____ a souligné que si le travail de fond engagé au plan psychiatrique avait permis d'observer une amélioration très sensible, les fragilités psychiques et physiques résiduelles de l'assuré étaient encore importantes.

Selon lui, l'évolution défavorable constatée aussi bien par le Dr O_____ que par lui-même durant les années 2004-2005 ne permettait pas de conclure à une capacité de travail de 80% ni même de 50% (pce 187 OAI).

21. Dans un courrier adressé à l'OCAI le 24 août 2006, le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a manifesté son désaccord avec les conclusions de la Dresse Q_____.

Le médecin a expliqué que si le rapport de cette dernière reflétait certes en partie l'état de son patient tel qu'il le connaissait, il manquait cependant un grand nombre d'informations, tant dans l'anamnèse médicale de l'enfance de l'intéressé que dans son statut ; au surplus, le fait de conclure à l'absence de trouble psychiatrique lui paraissait entrer en contradiction avec les éléments pourtant à disposition dans l'expertise. Le psychiatre a relevé que ces contradictions avaient d'ailleurs été partiellement admises par la Dresse Q_____, sans que cette dernière s'en explique.

Le Dr O_____ a relevé en particulier les trois contradictions suivantes :

- Le patient était décrit comme ayant une intelligence dans la moyenne supérieure alors qu'il avait échoué la première année de sa scolarité et n'avait jamais pu travailler normalement.
- L'expert psychiatre n'avait pas tenu compte de troubles ayant pourtant été considérés comme suffisamment graves pour entraîner une incapacité de travail de 50 à 100% et pour lesquels son patient avait été traité depuis ses premières années d'école et jusqu'à l'obtention d'un diplôme de fin de scolarité au rythme d'une à deux séances par semaine par les psychologues du service médico-pédagogique (SMP) et de la Guidance Infantile, puis de manière presque continue à l'âge adulte.
- La Dresse Q_____ concluait à une "certaine discordance entre les plaintes de l'assuré et sa présentation physique" alors qu'elle le décrivait comme "authentique", "confiant", "collaborant" et admettait par ailleurs l'absence de "signe d'exagération [ou] de simulation".

Le Dr O_____ a souligné avoir pour sa part pu constater que son patient disposait d'une capacité de travail d'environ 30% pouvant, par période, s'améliorer

jusqu'à 50% mais toujours dans des conditions spécifiques et selon des horaires librement choisis.

Le médecin a retenu les diagnostics suivants s'agissant du plan psychique : neurasthénie, anxiété généralisée avec attaques de panique et éléments d'agoraphobie. Il a précisé que le patient s'est partiellement adapté (étant précisé que d'autres éléments phobiques existent, qui peuvent être intégrés dans le trouble neurasthénique : nosophobie, pharmacophobie et iatrophobie), et personnalité de type histrionique (tendance à la dramatisation, besoin d'être le centre de l'attention, etc.).

Le médecin a conclu que la capacité de travail de l'assuré ne pouvait excéder 30%, même si une capacité de 50% paraissait un bon objectif thérapeutique à moyen terme (pce 184 OAI).

22. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr R_____, du SMR, qui a maintenu qu'à son avis, la capacité de travail de l'assuré était de 80%, ajoutant : "assuré s'étant marié, il a bien fait la preuve qu'il en avait les ressources. De toute façon, nous avons laissé le bénéfice du doute à l'assuré et la reprise d'une CT a été fixée à la date de l'expertise CEMed " (pce 190 OAI).
23. Par décision du 12 février 2007, l'OAI a remplacé la demi-rente allouée à l'assuré par une rente entière, laquelle a cependant été limitée dans le temps à la période du 1er août 2005 au 31 juillet 2006 (pce 193 OAI).

L'OAI, se référant au rapport d'expertise, a considéré que la fibromyalgie de l'assuré n'était pas invalidante - vu l'absence de comorbidité psychiatrique et de retrait social -, que son trouble panique - en voie de résolution - n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail et qu'il n'y avait pas de trouble dépressif. L'OAI a fait remarquer que les diagnostics de neurasthénie et de personnalité histrionique retenus par le psychiatre traitant ne l'avaient été ni par la Dresse Q_____, ni par le Dr N_____. Quant à l'expertise de ce dernier, l'OAI a relevé qu'elle était datée de janvier 2004, basée sur des consultations pratiquées à la fin de l'année 2002, que l'expertise réalisée par le CEMed ultérieurement avait mentionné une amélioration et que "l'assuré s'étant marié a bien fait la preuve qu'il avait des ressources" (sic).

L'OAI a admis que, sur le plan psychique, l'assuré avait été dans l'incapacité totale mais temporaire de travailler du 11 mai 2005 au 6 avril 2006, date à laquelle le rapport d'expertise avait été rendu et avait conclu qu'il avait recouvré sa capacité de travail du point de vue psychiatrique.

Pour le reste, l'OAI a retenu que, du point de vue ostéoarticulaire, l'assuré disposait, dans son activité habituelle d'informaticien, d'une capacité de travail de 80% (6h30

de travail par jour, réparties en deux périodes pour éviter de longues stations devant l'ordinateur).

24. Le 5 mars 2007, l'OCAI a rendu une nouvelle décision reportant la date de suppression de la rente entière au 1er avril 2007. La décision était rédigée en ces termes :

"Votre état de santé s'étant amélioré, ce changement supprime le droit à la rente dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 1 RAI). Dès lors, conformément à l'art. 88 bis al. 2 let. a RAI, la rente d'un degré d'invalidité de 100% sera supprimée dès le 1^{er} jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, à savoir le 1^{er} avril 2007."

25. Par écriture du 15 mars 2007, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant à ce que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu au-delà du 1er avril 2007. A titre provisionnel, il a demandé que lui soit octroyée une demi-rente d'invalidité à compter du 1er avril 2007. Quant au fond, il a contesté que son invalidité se soit modifiée de manière notable au mois d'avril 2006.

Le recourant allègue que sa capacité de travail n'excède pas 50% et invoque à l'appui de ses dires les rapports médicaux de ses médecins traitants, les Drs S _____ et O _____. Il conteste par ailleurs le calcul de son degré d'invalidité, au motif qu'il se fonde sur un revenu avant invalidité qui ne correspond pas à celui qu'il réalisait dans sa dernière activité.

26. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 26 avril 2007, a conclu au rejet du recours.
27. Le 7 juin 2007, le recourant a répliqué en alléguant que l'expertise du CEMed avait admis une aggravation notable de sa situation du point de vue somatique et que, sur le plan psychique, le rapport d'expertise ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où elle était lacunaire sur des points essentiels et se fondait sur une prémisse erronée (il aurait souffert de trouble panique suite aux opérations de ses chevilles alors qu'en réalité, le trouble panique remonte à 1990 et ne se limite pas à un épisode isolé). Le recourant a souligné que sa demande de révision se fondait précisément sur la recrudescence des attaques de panique, se manifestant jusqu'à plusieurs fois par jour, et corroborées par le rapport du Dr T _____. Enfin, le recourant a rappelé que ces troubles, associés à une dépression, étaient présents depuis 1990 au moins.

Le recourant a conclu à ce qu'une rente entière lui soit octroyée à compter du 22 juillet 2005.

28. Le 5 juillet 2007, le Tribunal cantonal a rendu un arrêt incident (ATAS 794/2007) au terme duquel il a considéré que les chances de succès du recourant n'apparaissant pas d'emblée compromises, il y avait lieu d'admettre sa demande de mesures provisionnelles et de lui allouer une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2007 et durant toute la procédure.
29. Le 4 septembre 2007, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant aux conclusions du rapport du CEMed dont il a fait valoir qu'il devait se voir reconnaître pleine valeur probante.
30. Le 29 octobre 2007, le Tribunal fédéral, saisi dans l'intervalle d'un recours contre l'arrêt incident du Tribunal cantonal, a déclaré ledit recours irrecevable (ATF 9C_593/2007).
31. Par écriture du 14 décembre 2007, le recourant a réitéré ses reproches à l'encontre de l'expertise invoquée par l'intimé.
32. Entendu par le Tribunal cantonal en date du 23 octobre 2008, le Dr O_____ a expliqué suivre le recourant depuis 2000.

Le témoin a réitéré que le rapport du Dr Q_____ lui semblait contenir plusieurs contradictions. Il a reproché au Dr Q_____ de n'avoir pas tenu compte de plusieurs symptômes pourtant décrits, de n'avoir pas mentionné les diagnostics posés par le passé et enfin, de n'avoir absolument pas tenu compte du fait que les problèmes du patient remontent à sa petite enfance (il a échoué à sa première année de scolarité et a alors été adressé à des pédopsychiatres).

Le témoin a souligné avoir pour sa part retenu les mêmes diagnostics que le Dr N_____.

Il a expliqué que son patient a tenté une nouvelle réinsertion en tant que photographe indépendant, activité qu'il a débutée très progressivement en 2006, mais qui a conduit, à compter de l'été 2007, au développement de troubles anxieux de plus en plus sévères qui se sont finalement soldés par une hospitalisation à La Métairie.

Le témoin a souligné que des difficultés avaient surgi au cours du traitement : le patient, qui craignait déjà la médication à l'origine, s'était vu conforté dans cette crainte par des examens qui avaient conclu à de multiples allergies aux médicaments et excipients, ce qui avait eu pour conséquence de rendre difficile son adhésion à un traitement. De nouvelles analyses ayant démontré qu'il s'agissait plus d'intolérances que de véritables allergies, un traitement avait finalement pu être réintroduit sans résultat notable.

Le témoin a émis un pronostic plutôt défavorable au vu de l'incapacité totale de son patient à s'adapter à un cadre de travail ou à des horaires. Il a expliqué que c'est pour cette raison que la seule tentative de réinsertion ayant pu être menée à bien l'avait été en qualité d'indépendant : cela permet à l'assuré de travailler selon un mode relativement chaotique et de suivre les fluctuations de son état.

Le témoin a ajouté qu'un stress post-traumatique s'ajoutait aux autres atteintes, consécutif à un abus sexuel dont l'assuré a été victime vers l'âge de 18 ans.

Il a encore mentionné que si l'assuré a pu quitter le cadre hospitalier pour l'hôpital de jour, il rencontre des problèmes anxieux de plus en plus sévères le matin, auxquels son épouse et sa mère ne peuvent plus faire face.

33. Entendu à son tour, le Dr L. _____ a expliqué qu'il suit le recourant depuis 1990 et le reçoit en consultation jusqu'à quinze fois par année lorsque son état se péjore, période qui correspond à celle où l'intéressé a exercé une activité professionnelle.

Sur le plan psychique, le témoin a indiqué rejoindre les conclusions du psychiatre traitant. Il y a ajouté les diagnostics de parasomnie (secousses musculaires durant le sommeil) et de trouble somatoforme douloureux diffus.

Le témoin a souligné que ce problème de parasomnie n'a jamais été ni suivi ni traité et qu'il envisageait de procéder à des examens complémentaires sur ce plan afin de rechercher d'éventuelles causes biologiques ou biochimiques à ce trouble.

Sur le plan somatique, le médecin a émis l'avis que les diagnostics retenus interféraient peu, voire pas du tout avec la capacité de travail de son patient.

Le médecin traitant a dit avoir pu observer que lorsque les sources de stress internes ou externes augmentent, cela se traduit chez son patient par une dérégulation de tous les systèmes fonctionnels, tant du point de vue physique que psychique. En d'autres termes, l'exercice régulier d'une activité a pour conséquence, au bout de quelques semaines ou mois, une augmentation globale de l'état de stress du patient, qui débouche sur une nouvelle incapacité.

Le témoin a souligné la volonté du recourant de mettre en œuvre ses ressources propres pour gagner sa vie et ses multiples tentatives en ce sens, indiquant qu'il était peut-être même allé au-delà de ses capacités pour tenter de se lancer dans l'exercice d'une activité lucrative.

Il a émis l'avis qu'il serait souhaitable et raisonnable de conserver pour objectif le retour partiel ou total à une activité professionnelle à terme mais que cela nécessitera un long travail compte tenu de la lourdeur et de la difficulté de la pathologie de base. En l'état, il a conclu à une incapacité de travail de son patient.

34. Quant au recourant, il a indiqué qu'un rapport de sortie devait être établi par La Métairie.
35. Ce rapport, établi le 15 octobre 2008, a finalement été communiqué au Tribunal par courrier du 27 novembre 2008. Il mentionne à titre principal le diagnostic d'anxiété généralisée à titre de comorbidités, des troubles somatoformes.
36. Invité à se déterminer, l'intimé, par écriture du 3 février 2009, a rappelé la jurisprudence applicable en matière de troubles somatoformes et indiqué qu'à son avis, les critères permettant de voir reconnaître un caractère invalidant à ces derniers n'étaient pas réunis en l'espèce. L'intimé a ajouté que le diagnostic d'anxiété généralisée se rapportait à une symptomatologie variable ne présentant pas les caractéristiques d'une atteinte durablement invalidante et susceptible par ailleurs d'amélioration sous traitement. A l'appui de sa position, l'intimé a produit l'avis émis le 26 janvier 2009 par le Dr U_____, du SMR. Ce dernier admet l'existence d'une affection chronique sous la forme d'une hyperlaxité ligamentaire dont il souligne qu'elle n'est pas invalidante en elle-même. Il soutient que les examens n'ont en revanche pas mis en évidence de trouble grave de la personnalité et qu'on ne peut pas dire que l'état psychique est cristallisé. Il écarte également toute perte de l'intégration psychosociale et relève que la thérapie cognitivo-comportementale a apporté une amélioration. Il en tire la conclusion que les critères ne sont pas réunis pour conclure à une invalidité. Il ajoute que l'anxiété ne s'accompagne ni de tristesse ni d'anhédonie et qu'elle est donc susceptible de se dissiper au cours de la journée.
37. Par courrier du 5 février 2009, le recourant a produit un rapport du service de neuropsychiatrie (laboratoire du sommeil) des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) du 30 janvier 2009 concluant à des troubles du sommeil multifactoriels et préconisant une IRM et un examen génétique pour apprécier l'association de l'hyperlaxité ligamentaire et les troubles anxieux généralisés et phobiques. Le recourant a sollicité la suspension de la procédure dans l'attente des résultats.
38. L'intimé a pour sa part relevé que les problèmes de sommeils étaient déjà connus. Il a ajouté que les investigations prévues ayant pour objectif de déterminer la cause de l'affection, elles seraient sans répercussion sur l'évaluation de la capacité de travail et donc sur l'issue du litige.
39. Le 23 avril 2009, le recourant a persisté dans sa demande, à l'appui de laquelle il a produit un courrier de son médecin traitant émettant l'opinion qu'il serait prématuré d'évaluer la capacité de travail de son patient avant d'avoir établi clairement quelle était la morbidité principale. Subsidiairement, le recourant a demandé l'audition du Dr V_____, du service de neuropsychiatrie des HUG.
40. Ce dernier, entendu en date du 27 août 2009, a expliqué avoir examiné l'assuré à deux reprises en janvier 2009 et être parvenu à la conclusion que l'intéressé

souffrait d'une part de troubles de type anxieux, d'autre part d'une hyperlaxité ligamentaire de type syndrome Ehlers-Danlos (une maladie du collagène qui entraîne des douleurs articulaires). S'y ajoutaient des insomnies.

Le témoin a expliqué qu'il aurait souhaité procéder à une nouvelle IRM mais que cela n'avait pas été possible, l'examen ayant déclenché chez le patient des mouvements anormaux.

Le témoin a indiqué que le résultat de 7/24 obtenu sur l'échelle de somnolence subjective n'était pas pathologique puisqu'inférieur à 10/24. Le résultat de 3.1/7 obtenu sur l'échelle de fatigue était également dans la norme.

Le témoin a expliqué que les benzodiazépines avaient pour objectif d'améliorer l'endormissement. L'efficacité du sommeil du patient était très amoindrie (61% au lieu de 90%), ce qui ne pouvait manquer d'avoir des conséquences, notamment au niveau de la concentration à l'état d'éveil.

S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, le médecin a indiqué qu'elle était influencée par les problèmes articulaires et par les difficultés rencontrées par l'assuré dans son sommeil.

Étant rappelé que l'hospitalisation la plus longue à laquelle s'était soumis le patient avait été de deux nuits en 2005, le témoin a préconisé une expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique, psychiatrique et génétique) pour évaluer précisément la capacité de travail. Il a également préconisé une IRM, une nouvelle polysomnographie sur trois nuits consécutives au moins et un électroencéphalogramme prolongé.

41. Dans ses conclusions après enquêtes du 28 septembre 2009, le recourant a conclu à une expertise pluridisciplinaire telle que suggérée par le dernier témoin.
42. Quant à l'intimé, il a maintenu que l'incertitude quant à l'origine des troubles de santé de l'assuré n'avait aucune incidence sur l'évaluation de sa capacité de travail.
43. Le 4 octobre 2010, le Tribunal cantonal a ordonné la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire comportant trois volets : neurologique, rhumatologique et psychiatrique et l'a confiée au Centre d'expertises médicales, plus particulièrement au Dr W_____, spécialiste FMH en neurologie, à la Dresse A_____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réadaptation et au Dr D_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (ATAS_984_2010).

Le rapport d'expertise interdisciplinaire a été rendu en date du 28 février 2011. Il se compose d'une évaluation de médecin interne et rhumatologique, d'une évaluation psychiatrique, d'une évaluation au laboratoire du sommeil, d'une évaluation

neurologique ainsi que d'un rapport de synthèse. Les experts se sont basés sur un examen clinique et le dossier mis à leur disposition, auquel ils ont ajouté une échographie de la cheville droite, des radiographies de la colonne cervicale, du rachis lombaire, des mains et des chevilles.

Il a été relaté que, de manière générale l'assuré se plaint de fatigue, de troubles du sommeil, de céphalées, de vertiges, de nausées, de douleurs abdominales, de troubles urinaires, de crampes musculaires, de mouvements convulsifs à l'endormissement ou lors de stimulations particulières, d'épisodes de fièvre auxquels une étiologie n'a jamais pu être trouvée et, enfin, d'une hyperlaxité ligamentaire entraînant des entorses et tendinites.

Sur le plan rhumatologique, il a été relevé que les plaintes étaient inchangées par rapport à celles rapportées lors de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en mai 2006 tout comme l'examen clinique était superposable à celui pratiqué alors, sans signe de péjoration, étant précisé qu'aux dires de l'assuré, il n'y avait pas eu d'entorse ou de tendinite grave depuis 2006. Le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos de type III a été confirmé ainsi que celui de cervicalgies et de lombalgies communes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs et d'une dysbalance musculaire. Il a été expliqué que le syndrome d'Ehlers-Danlos de type III se caractérise notamment par une hyperlaxité ligamentaire des chevilles et des poignets, des douleurs articulaires et des myalgies diffuses, une certaine faiblesse musculaire, une fatigue, des troubles du sommeil et des troubles digestifs. La fibromyalgie évoquée en 1995 est fort probablement, selon l'expert, accompagnatrice de la maladie d'Ehlers-Danlos ainsi que cela est reconnu dans la littérature. Sur le plan ostéoarticulaire, compte tenu du fait que l'assuré peut s'organiser, sa capacité de travail a été évaluée à 6-7 heures par jour, tout comme dans une autre activité adaptée ou celle précédemment exercée d'informaticien ou d'employé de bureau, activités qui, toutes, permettent de respecter les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Sur le plan psychiatrique, ont été retenus les diagnostics suivants : autres troubles spécifiques de la personnalité (narcissique), agoraphobie avec trouble panique et trouble dépressif récurrent. Il a été relevé que l'assuré ne se trouvait pas dans une période active de son syndrome dépressif récurrent et qu'il n'y avait par ailleurs pas d'arguments pour un trouble psychotique ou somatoforme, une dépendance à l'alcool ou un trouble factice. Cependant, vu leur incidence sévère sur le fonctionnement socioprofessionnel de l'expertisé et leur durée (depuis l'enfance) les troubles psychiques ont été qualifiés de graves et invalidants depuis 1989. Il a été expliqué que l'assuré gère difficilement le stress et les contraintes du travail; le sentiment d'incapacité et de dévalorisation est chez lui rapidement sévère, anxiogène et dépressiogène. Les symptômes qui surviennent alors sont des angoisses envahissantes avec perte de contrôle, des troubles de la concentration, des sueurs et des symptômes dépressifs tels qu'abattement et dévalorisation. L'expert a

exprimé l'avis qu'il était cependant important que l'assuré continuât à exercer une activité professionnelle et que le taux de 50 % semblait adéquat.

Sur le plan neurologique, il a été conclu à l'absence d'incapacité de travail.

L'évaluation au laboratoire du sommeil pratiquée en janvier 2011 a montré la persistance des troubles de l'endormissement et une certaine somnolence durant la journée. Par rapport à la polysomnographie pratiquée en 2009, la dernière a montré une amélioration du sommeil avec une efficacité de 85% (au lieu de 61% précédemment). L'architecture du sommeil est bien conservée. Il a été précisé que le syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil mis en évidence n'entraînait pas de troubles de la saturation significatif (indice d'apnée de 22/heure). De rares mouvements périodiques des jambes en début et fin de nuit ont été notés, également non significatifs.

En conclusion, ont été retenus les diagnostics suivants : hyperlaxité ligamentaire dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos de type III, autres troubles spécifiques de la personnalité et agoraphobie avec trouble panique. Ont également été mentionnés, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des cervicalgies communes chroniques sur troubles dégénératifs depuis 1998, des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs depuis 1998, une suspicion de fibromyalgie depuis 1995, un trouble dépressif récurrent, des myoclonies proprio-spinales et un syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil. Il a été précisé que ces atteintes étaient toutes objectivables et que si le processus malade s'étendait sur plusieurs années, il ne s'agissait en revanche pas d'une maladie évolutive.

Ont été retenues à titre de limitations fonctionnelles, le fait de devoir éviter les mouvements itératifs contraignants pour les articulations, la station debout prolongée plus de 30 mn, la marche plus de 20 mn, la marche sur terrain inégal, les montées et descentes itératives d'escaliers, le travail en hauteur, la manipulation d'objets ou de produits dangereux ainsi que l'exposition prolongée au froid ou à l'humidité.

Les experts ont estimé que l'activité professionnelle de photographe permettait de respecter ces limitations et qu'elle était exigible à raison de 6-7 heures par jour sans diminution de rendement à condition que ce temps de travail soit partagé sur deux périodes ; en cas de travail continu, il faudrait en revanche compter avec une diminution de rendement de l'ordre de 5 à 10% en raison du syndrome douloureux et de la fatigue.

S'agissant de savoir comment la capacité de travail avait évolué depuis mars 2006, les experts ont répondu que l'état de santé de l'assuré était resté stable sur le plan musculo-squelettique. Des moyens auxiliaires ont été préconisés pour améliorer la capacité de travail (orthèse, contention élastique, etc.), ainsi que des adaptations

ergonomiques du poste de travail ayant pour but de soulager les articulations et des mesures médicales à but proprioceptif et antalgique. Il a été enfin souligné que tous les traitements avaient été tentés.

C'est en définitive pour des raisons psychiques, que les experts ont conclu à une capacité de travail limitée à 50 % (4 à 5 heures par jour). Il a été souligné que les ressources psychiques de l'assuré restaient limitées et qu'il avait mobilisé lui-même au maximum ses ressources, au pro rata de sa grande fragilité. Les experts ont souligné que les capacités de persévérance de l'assuré étaient facilement surestimées alors qu'il souffre d'une fragilité psychique qui se manifeste sur la durée.

44. Par écriture du 11 avril 2011, l'intimé s'est rallié aux conclusions des Drs U_____ et E_____, du SMR qui considèrent qu'il n'a pas été démontré que les troubles de la personnalité évoqués par le Dr D_____ seraient décompensés ou qu'il y aurait eu aggravation du trouble anxieux et qui évaluent la capacité de travail de l'assuré à 80 %, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, se ralliant ainsi aux conclusions du volet somatique de l'expertise (6 à 7 heures par jour en tant que photographe indépendant).
45. Quant au recourant, il a persisté dans ses conclusions en se ralliant aux conclusions de l'expertise médicale du 28 février 2011, en critiquant une nouvelle fois celles du Dr Q_____ et en invoquant l'avis de ses médecins-traitants, les Drs T_____ et L_____.

Au surplus, le recourant s'insurge contre l'affirmation selon laquelle aucun traitement anxiolytique n'aurait été tenté, expliquant qu'il a pris du Xanax, du Lexotanil et du Temesta sans succès en raison des effets paradoxaux de ceux-ci. Quant à la quantité de Reméron qui lui est prescrite, elle ne peut être augmentée en raison des propriétés épiléptogènes de ce traitement : chaque tentative d'augmentation des doses l'a conduit aux urgences.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été admise, il n'y a pas lieu d'y revenir.

3. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, plus particulièrement sur la question de savoir si la suppression de sa rente au 1er avril 2007 était ou non justifiée.
4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA.

Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

6. En l'espèce, le recourant conteste le taux de la capacité résiduelle de travail de 80% retenu par l'intimé à compter du 1^{er} avril 2007 sur la base de l'expertise du CEMed du 22 mai 2006 et des conclusions du volet somatique de l'expertise judiciaire.

Sur le plan somatique, on relèvera que tous les médecins s'accordent sur le fait que l'assuré, à condition de respecter les limitations énoncées, pourrait travailler à

raison de 6-7 heures par jour. Seule l'évaluation de la capacité de travail d'un point de vue psychique reste donc litigieuse.

Ainsi que l'a relevé le Tribunal cantonal lorsqu'il a ordonné l'expertise judiciaire, les conclusions du Dr Q_____ sur ce point apparaissent troublantes.

Si l'on en croit le Dr N_____, qui s'est prononcé au début de l'année 2004, alors même que l'état de l'assuré semblait être relativement bon par rapport à ce qu'il avait pu être précédemment, la capacité de travail de l'intéressé ne dépassait pourtant pas 50%.

Dès lors, la conclusion du Dr Q_____ selon laquelle il n'y aurait strictement aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique apparaît surprenante à une période où les médecin et psychiatre traitants de l'assuré ont attesté d'une péjoration qu'ils ont documentée (recrudescence des attaques de panique jusqu'à plusieurs fois par jour, avec peur panique sans objet, sensation de tension, accélération du rythme cardiaque, sueurs et tremblements et difficultés de concentration) et dont ils ont attesté qu'elle avait entraîné une incapacité de travail à compter du 11 mai 2005 et conduit l'assuré à demander la révision de son dossier pour aggravation. Les contradictions relevées par le Dr O_____ s'agissant du rapport du Dr Q_____ sont apparues suffisamment troublantes pour jeter le doute sur les conclusions du rapport du Dr Q_____ et ordonner une nouvelle expertise. Il est en effet apparu que le Dr Q_____ n'avait pas pris en compte le parcours pour le moins chaotique - en termes de scolarité et de parcours professionnel - de l'assuré depuis l'enfance ; quant à l'affirmation selon laquelle le trouble panique de l'intéressé se serait amélioré, elle n'apparaissait pas convaincante car en totale contradiction avec la description détaillée du psychiatre traitant.

Les conclusions du Dr D_____ apparaissent au contraire convaincantes. En premier lieu, le rapport de cet expert remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence en matière de valeur probante : les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, l'expert prend en considération les plaintes exprimées et le rapport a été établi en pleine connaissance du dossier. Certes, ainsi que le relève l'intimé, le Dr D_____ est le premier médecin à retenir le diagnostic d'autres troubles spécifiques de la personnalité. Force est cependant de constater que l'expert motive sa position de manière convaincante par la nécessité dans laquelle l'assuré s'est trouvé dès l'enfance d'être suivi sur le plan psychique, les difficultés scolaires qui ont suivi et sa difficulté à s'insérer par la suite dans le réseau socioprofessionnel. Dans ces circonstances, l'existence d'un trouble psychique grave nuisant au fonctionnement social de l'assuré apparaît établie. On relèvera d'ailleurs que les médecins du SMR ont convenu que le trouble diagnostiqué était bel et bien décrit par le Dr D_____. On ne saurait dès lors écarter comme ils le font ce diagnostic au seul motif qu'il n'a été évoqué ni par le Dr N_____

ni par le Dr Q_____ - dont on a déjà dit que le rapport ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante.

Quant à l'agoraphobie avec trouble panique dont les médecins du SMR soutiennent qu'elle n'aurait pas été décrite de manière précise, force est de constater que ce diagnostic a été posé et confirmé par de nombreux spécialistes. A cet égard, l'expert D_____ a expliqué que le trouble anxieux était certes partiellement compensé mais non guéri. Il a également détaillé la manière dont l'assuré est limité lors de la survenance d'accès anxieux ainsi que les raisons pour lesquelles il n'est ni vraisemblable ni recommandable d'exiger de sa part qu'il augmente son taux d'activité au-delà de 50%. L'expert a notamment souligné que les ressources de l'assuré - facilement surestimées - sont diminuées et que ses troubles psychiques, présents depuis de nombreuses années, doivent être qualifiés de graves.

Dans ces circonstances, la Cour de céans se rallie aux conclusions de l'expert judiciaire et retiendra une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée telle que celle de photographe indépendant.

L'OAI ayant admis que sur le plan psychique l'assuré avait été dans l'incapacité totale mais temporaire de travailler à compter du 11 mai 2005. Ainsi qu'on l'a vu, l'assuré a par la suite recouvré non pas une pleine et entière capacité de travail mais une capacité réduite à 50 % au maximum.

7. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité.

Sur ce point cependant, la Cour constate qu'elle ne dispose pas de suffisamment d'éléments.

Il n'est pas contesté que l'activité de photographe indépendant dans laquelle l'assuré a fait l'effort de se réinsérer est la plus adaptée à son état et qu'elle permet d'espérer - plus qu'une activité salariée soumise à des contraintes horaires et à l'indulgence d'un patron - que l'assuré pourra préserver sa capacité résiduelle de travail dans le temps. La Cour ne dispose cependant d'aucun élément pour apprécier la capacité de gain de l'assuré dans cette activité. Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de procéder à une enquête économique puis au calcul du degré d'invalidité de l'intéressé pour la période postérieure au 31 mars 2007, date jusqu'à laquelle l'OAI a admis l'octroi d'une rente entière."

En ce sens, le recours est partiellement admis.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Au fond :

1. Admet partiellement le recours au sens des considérants.
2. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de calculer le degré d'invalidité pour la période postérieure au mois d'avril 2007 compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de l'assuré de 50% dans la profession de photographe indépendant et de rendre ensuite une décision sur ce point.
3. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 3'000 fr. à titre de dépens.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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