

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1142/2008

ATAS/1618/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 9 décembre 2009

En la cause

Monsieur L _____, domicilié c/o Mme M _____, à
ONEX

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né en 1953, est au bénéfice d'une maturité fédérale, mais n'a pas entrepris de formation professionnelle. Il a travaillé de façon très irrégulière dans des emplois temporaires.
2. En août 1975, il est inculpé et interné, pour la première fois, à la Clinique psychiatrique de Belle-Idée. Selon le rapport y relatif, il ne travaille plus depuis deux ans. Il a obtenu la maturité avec difficultés (baisse spectaculaire des performances dans les dernières années). Son attitude est bizarre. Il dit qu'il n'a pas travaillé parce qu'il n'a rien trouvé qui lui plaît. Les médecins ne constatent pas de trouble du cours de la pensée ni des éléments délirants ni des hallucinations. Le patient est assez angoissé. Dans le rapport de sortie du 20 octobre 1975 du Dr A_____ de cette clinique, il est noté qu'il a eu de la facilité à l'école et n'a jamais posé de problèmes jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque, son caractère change progressivement, il devient plus solitaire, contestataire et renfermé. Après la maturité, il part neuf mois au Népal d'où il revient encore plus particulier. Il fréquente des milieux de jeunes marginaux, travaille de façon sporadique et continue à résider chez ses parents. Son existence est floue et son personnage insaisissable, même pour sa famille. Le médecin est frappé par un état de tension et d'inquiétude énorme, prenant par moment l'allure de bouffées anxieuses. Le patient insiste d'emblée sur son intolérance à toute situation de contrainte et sur sa méfiance à l'égard de toute approche psychologique. Il exprime des propos étranges d'allure psychotique. Concernant son futur, il est très flou, tout en indiquant qu'il aimerait trouver "un petit coin tranquille pour mourir une fois tranquille". Le patient donne l'impression d'être traqué et les médecins constatent une impossibilité évidente de discuter des besoins actuels. Après une cure de sommeil et sous traitement anxiolytique, il y a une légère ouverture du contact et son état amélioré.
3. Entre janvier à avril 1976, l'intéressé se présente plusieurs fois à la consultation de l'Institut de médecine légale, à la demande de Mme N_____ du Service du patronage, parce qu'il ne trouve pas de travail. Il ne demande cependant pas de soins et se fait finalement délivrer, le 28 avril 1976, un certificat d'incapacité de travail par le Dr B_____, lequel note par ailleurs "structure psychotique hautement probable".
4. Par demande reçue le 27 mai 1997, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue d'une rééducation dans la même profession.
5. Selon le rapport du 24 juillet 1997 de la Dresse C_____, spécialiste en médecine interne, l'assuré souffre probablement d'une psychose depuis l'adolescence. Il n'a ni travail ni domicile. Ce médecin est dans l'impossibilité de fournir des indications sûres concernant sa capacité de travail et estime qu'un examen médical complémentaire serait indiqué. Elle note par ailleurs dans son

rapport que les troubles du comportement rendent l'adaptation professionnelle et sociale impossible. Le patient vit à la marge de la société avec un comportement peu adéquat et sans suivi psychiatrique. Il exprime par moments des propos très étranges, difficiles à cerner.

6. Selon la note du 13 novembre 2000 du Dr D_____ de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève, l'assuré paraît "avoir échappé" au contrôle médical pendant de nombreuses années en raison de sa maladie. Il est certainement intelligent, mais atteint d'un trouble psychotique. Ce médecin propose d'admettre une incapacité de travail totale dès l'âge de 22 ans.
7. Par décisions des 9 et 22 août 2001, l'OCAI octroie à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 1996.
8. En novembre 2005, l'OCAI entame une procédure de révision. Dans le questionnaire pour la révision signée le 28 novembre 2005, l'assuré indique que son état de santé est toujours le même et qu'il est totalement incapable de travailler.
9. Par courriers des 2 décembre 2005 et 18 janvier 2006, l'OCAI l'invite à prendre contact avec un médecin de son choix et à lui indiquer les coordonnées de celui-ci, ainsi que la date de son premier rendez-vous.
10. Le 21 février 2006, l'assuré lui répond qu'il ne se porte pas trop mal et l'invite à prendre des renseignements supplémentaires à la Permanence médicale d'Onex. Il exprime l'espoir que l'OCAI pourrait intervenir rapidement en vue de la révision de la rente.
11. Le Groupe médical d'Onex n'ayant pu renseigner l'OCAI, dans la mesure où le patient a été vu la dernière fois en janvier 2005, ledit office réitère sa demande précédente, par courriers à l'assuré des 23 mars, 25 avril et 17 mai 2006. Le 17 juillet 2006, il lui envoie une sommation de le renseigner dans un délai de 15 jours, tout en l'avertissant qu'il statuerait en l'état du dossier, à défaut de réponse de sa part.
12. Par courrier du 2 août 2006, l'assuré l'informe que sa santé n'est pas "au beau fixe en ce moment". Il indique avoir essayé d'obtenir une attestation médicale auprès de la Permanence médicale d'Onex où il a été soigné à plusieurs reprises, en vain. Par contre, il dit maintenir (sic) sa demande d'augmentation de ses prestations d'assurance, étant donné qu'il a beaucoup de peine à boucler ses fins de mois.
13. Par courriers des 31 août et 25 septembre 2006, l'OCAI renouvelle sa demande de renseignements. Le 20 octobre 2006, elle envoie à l'assuré une nouvelle sommation.

14. En l'absence de nouvelles de l'assuré, l'OCAI invite la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CCGC), par courrier du 28 novembre 2006, à suspendre le versement de la rente jusqu'à nouvel avis.
15. Le 23 janvier 2007, le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, informe l'OCAI que l'assuré est venu sans rendez-vous à sa consultation pour demander les documents exigés par l'assurance-invalidité, et lui transmet des documents médicaux de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : SUVA) relatif à un accident survenu le 19 décembre 1986.
16. En réponse à un courrier de l'OCAI du 1^{er} février 2007, l'assuré répond le 23 février suivant que le nom de son médecin est le Dr F_____ de la permanence du Groupe médical d'Onex.
17. Le 28 mars 2007, il lui indique avoir pris rendez-vous avec le Dr E_____.
18. Le 2 avril 2007, l'OCAI invite la CCGC à reprendre le versement de la rente.
19. Le 30 avril 2007, le Dr E_____ fait état d'un status après fracture des deux colonnes du cotyle gauche opéré en décembre 1986, d'un syndrome thrombotique de la jambe gauche et d'un probable état dépressif variable. Une incapacité de travail d'au moins 20 % était médicalement reconnue dans l'activité de menuisier-charpentier, mais le patient est, à la connaissance de ce médecin, à l'arrêt de travail complet définitif depuis environ 2001. Son état de santé est stationnaire.
20. Dès lors que l'assuré n'a pas répondu à un nouveau courrier de l'OCAI du 6 juin 2007 et que le Dr F_____ a informé ledit office qu'il n'a pas revu l'assuré depuis 2005, l'OCAI met en œuvre une expertise médicale et la confie à l'Institut universitaire de médecine légale. Le 16 juillet 2007, elle informe l'assuré du nom de l'expert, à savoir le Dr G_____, médecin chef de clinique au département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
21. Le 15 octobre 2007, le Dr G_____ informe l'OCAI qu'il a convoqué l'assuré à trois reprises, en vain. Cela étant, l'OCAI invite l'assuré, par courrier du 23 octobre 2007, à prendre contact avec ce médecin dans les 15 jours en vue d'un rendez-vous. Il réitère sa demande le 12 novembre 2007. En date du 7 décembre 2007, l'assuré n'a toujours pas pris rendez-vous.
22. Par avis médical du 11 février 2008, la Dresse H_____ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) indique au gestionnaire du dossier qu'il convient de supprimer la rente et d'attendre la réaction de l'assuré, afin qu'il se soumette à l'expertise ou donne le nom d'un psychiatre traitant.

23. Par projet de décision du 15 février 2008, l'OCAI fait savoir à l'assuré qu'il a l'intention de supprimer la rente pour non coopération dès le premier jour qui suivra la notification de la décision.
24. Par décision du 27 mars 2008, il confirme ce projet.
25. Par acte posté le 4 avril 2008, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation. Il indique que la rente est son seul moyen de subsistance et qu'elle a de surcroît encore été baissée récemment. Il fait valoir avoir toujours travaillé depuis l'âge de 20 ans et qu'il se trouve maintenant dans une position précaire. Enfin, il allègue avoir pris contact avec le Dr G_____ pour une expertise médicale.
26. Par courrier du 5 mai 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours, tout en renvoyant aux pièces du dossier. Il relève en outre que, vérification faite auprès du Dr G_____, le recourant n'a pas pris contact avec celui-ci.
27. A l'audience de comparution personnelle des parties du 27 août 2008, le recourant s'engage à donner suite à une prochaine convocation d'un expert que l'intimé mandatera. L'intimé se déclare d'accord de mandater de nouveau le Dr G_____ ou un autre psychiatre des HUG en vue d'une expertise. En attendant, il demande la suspension de la procédure. Le recourant donnant son consentement à cette façon de faire, la procédure est suspendue à l'audience, d'accord entre les parties.
28. Par ordonnance du 3 septembre 2009, le Tribunal de céans reprend l'instruction de la cause et invite l'intimé à produire l'expertise psychiatrique du Dr G_____ et à se déterminer à nouveau sur le recours.
29. Le 9 octobre 2009, l'intimé transmet au Tribunal de céans les nouveaux documents 85 à 112 de son dossier. Parmi ceux-ci figure l'expertise psychiatrique du 17 novembre 2008 du Dr G_____, fondée sur l'étude du dossier de l'intimé, ainsi que trois entretiens avec l'assuré. L'expert ne constate aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Dans l'anamnèse, il relève que l'assuré relate avoir eu une enfance tranquille sans problèmes, mais avoir vécu une période assez difficile autour de l'adolescence (24-25 ans), avec consommation d'alcool et conflit avec les proches, ainsi que les normes sociales. Il a été incarcéré à plusieurs reprises pendant de courtes périodes suite à de petits délits (vols et refus de faire l'armée). Il dit s'être rattrapé par la suite et pris en main à travers le travail, ainsi qu'avoir subvenu à ses besoins quotidiens jusqu'à son accident de moto en décembre 1986. Sur le plan sentimental, il s'est marié avec une femme française, puis en 1998 avec une femme sénégalaise dont il a divorcé dix ans plus tard. Actuellement, il dit avoir une amie martiniquaise depuis cinq ans. Il se sent entouré par quelques copains, avec lesquels il joue de la musique, fréquente des bistros et voyage de temps en temps dans les pays chauds, pendant parfois deux à trois mois. Le recourant se plaint essentiellement de la perte de sa rente d'invalidité et du risque d'expulsion de

son appartement pour non-paiement du loyer. Il regrette les troubles du comportement pendant son adolescence et pense avoir payé pour cela toute sa vie, n'ayant notamment pas pu acquérir une formation professionnelle après sa maturité. Il se sent mal jugé par la société en raison de ses actes négatifs du passé et du fait qu'il est bénéficiaire de prestations d'invalidité. Toutefois, il confirme ne pas souffrir d'un problème psychiatrique hormis quelques moments de "blues" et pense plutôt avoir des problèmes somatiques consécutifs à son accident. Dans le status clinique, l'expert relève que l'assuré s'est présenté aux entretiens dans une tenue vestimentaire correcte, mais légèrement négligée du point de vue de l'hygiène lors du premier entretien. Il est vigilant, orienté dans les quatre modes et ne présente pas de trouble cognitif patent. Il est centré sur les conséquences de la suspension de sa rente d'invalidité, ainsi qu'un sentiment de persécution par la société et son entourage, ayant l'impression d'être constamment jugé et méprisé. L'expert note un important mépris des obligations sociales et une irritabilité avec des moments de troubles de concentration brefs, ainsi des notions d'anxiété observée (tension musculaire) mais pas éprouvée par le patient. Il n'y a pas de trouble de l'humeur, d'hallucinations, de délires, ni de trouble du moi. L'expert ne rapporte pas non plus des troubles du sommeil ni de l'appétit. Dans l'appréciation du cas, l'expert relève que l'expertisé n'a plus été hospitalisé en milieu psychiatrique depuis 1975 et qu'il n'a plus eu de problèmes avec la police depuis une dizaine d'années. Cette évolution contredit l'hypothèse d'une personnalité dyssociale. Néanmoins, l'expert pense que l'assuré présente actuellement des traits de personnalité dyssociale se traduisant par son irritabilité, sa mauvaise collaboration avec les institutions et l'organisation de sa vie autour du plaisir et des acquis sociaux, tout en évitant les contraintes et les devoirs. L'expert conclut ainsi comme suit:

"... en l'absence d'un diagnostic psychiatrique pouvant motiver une prise en charge médicamenteuse ou psychothérapeutique associée à l'anosognosie du patient qui malgré tout, à notre avis, a encore beaucoup de ressources, nous amène à penser que le pronostic de l'assuré à moyen et à long terme est favorable, sous réserve de ses capacités physiques, avec un accompagnement, qui pourra l'amener à reprendre le chemin du travail."

Dans les limitations, le Dr G_____ rappelle que le Dr E_____ a mentionné dans son rapport médical du 30 avril 2007 une incapacité de travail d'au moins 20% dans l'activité de menuisier-charpentier. Sur le plan psychique et mental, les traits de personnalité dyssociales peuvent influencer négativement la capacité de travail. Sur le plan social, la longue période d'inactivité réduit considérablement la capacité de travail. Des mesures de réadaptation professionnelles ne sont pas envisageables sur le plan psychiatrique. La capacité de travail est complète dans un travail satisfaisant aux exigences de l'évaluation somatique.

30. A la demande de l'intimé, le Dr E_____ convoque le recourant à une consultation pour le 25 mars 2009. Par courrier du 30 mars 2009, ce médecin informe l'intimé que le recourant ne s'est pas présenté à la consultation. Il pense cependant que son état de santé, au plan orthopédique, est certainement resté stationnaire et que les séquelles décrites dans son certificat du 30 avril 2007 sont inchangées. Il n'a par ailleurs pas l'intention de revoir le recourant.
31. Dans son avis médical du 2 avril 2009, la Dresse H_____ du SMR propose de demander une nouvelle expertise psychiatrique au Pr I_____, directeur de l'Institut de médecine légale des HUG. Par courrier du 7 mai 2009, l'intimé mandate ce médecin.
32. Par courrier du 5 juin 2009, le Dr i J_____ du département de psychiatrie des HUG informe l'intimé avoir appris par la logeuse du recourant que celui-ci était parti en vacances. Selon celle-ci, il s'absentait plusieurs fois par année pour des voyages d'une durée de cinq à six semaines. Le Dr J_____ s'engage à reprendre contact avec l'intimé dès qu'un rendez-vous aura pu être établi.
33. Le 8 et le 16 juillet 2009, le Dr J_____ a deux entretiens d'une heure trente avec le recourant. Sur la base de ceux-ci, de l'étude du dossier et d'un entretien avec le secrétariat du Dr E_____, il établit le 3 septembre 2009 une expertise. Il n'émet aucun diagnostic au niveau psychiatrique. A titre de diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne des traits de personnalité dyssociale depuis le début de l'âge adulte. L'expertisé ne se plaint spontanément d'aucune difficulté d'ordre psychologique. Au niveau somatique, il explique ressentir des douleurs légères au niveau de la hanche et de la cuisse gauches lorsqu'il fait des efforts importants, mais ne pas être limité dans son quotidien. Il s'estime par ailleurs apte à des activités professionnelles pas trop exigeantes physiquement. La capacité de travail est limitée de 20 % dans l'activité de menuisier-charpentier, selon l'expert. Au niveau psychique et mental, les traits de personnalité dyssociale peuvent limiter la capacité de travail de manière qualitative en l'absence de leur prise en compte dans le choix de l'activité. Toutefois, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail, mais un manque d'adaptabilité dans certains contextes professionnels. Les traits de personnalité dyssociale peuvent également diminuer la capacité d'insertion sociale. L'expert estime par ailleurs que le recourant est capable de s'adapter à son environnement professionnel du moment qu'il peut bénéficier d'une bonne autonomie dans son activité et d'un faible rapport à la clientèle et à l'autorité. Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables. Enfin, le lieu de travail devrait permettre un degré maximum d'autonomie. Les contacts avec la clientèle et la hiérarchie devraient être limités.
34. Dans son avis médical du 18 septembre 2009, la Dresse H_____ constate que le recourant ne présente aucune diminution de la capacité de travail sur le plan psychique.

35. Dans sa détermination du 9 octobre 2009, l'intimé conclut au rejet du recours sur la base des deux expertises psychiatriques, en relevant que l'état de santé psychique de l'assuré s'est amélioré. Par ailleurs, la rente a été allouée sur la base d'un dossier incomplet. Subsidiairement, l'intimé fait valoir que la décision de suppression de rente serait justifiée sous l'angle de la reconsidération, la rente ayant été octroyée de façon manifestement erronée, en l'absence de suivi psychiatrique.
36. Le recourant ne s'étant pas déterminé sur les nouvelles pièces versées au dossier, dans le délai imparti, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; 831.20).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis les décisions du 9 et 22 août 2001, justifiant une révision du droit à la rente, ou, dans la négative, si les conditions d'une reconsidération de ces décisions sont remplies.
4. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (révision matérielle). Cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant

à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

5. Il n'y a toutefois pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. ATFA du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).
6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
7. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.
8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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).

b) 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. En l'occurrence, une rente d'invalidité a été octroyée au recourant notamment sur la base du rapport du 24 juillet 1997 de la Dresse C_____, spécialiste en médecine interne, dans lequel celle-ci a noté que l'assuré souffrait probablement d'une psychose depuis l'adolescence et que les troubles du comportement rendaient l'adaptation professionnelle et sociale impossible, le patient vivant en marge de la société avec un comportement peu adéquat et sans suivi psychiatrique. Il exprimait par moment des propos très étranges et difficiles à cerner. Ce médecin estimait toutefois nécessaire un examen complémentaire. Sur la base d'un avis médical du 13 novembre 2000 du Dr D_____, l'intimé a néanmoins octroyé une rente entière en août 2001, sans avoir complété le dossier.

En premier lieu, il convient dès lors de constater que la première décision de rente a été octroyée sur la base d'une instruction lacunaire, dans la mesure où elle est uniquement fondée sur le rapport de la Dresse C_____ du 24 juillet 1997, alors même que ce médecin jugeait nécessaire un examen médical complémentaire et se déclarait incapable de fournir des indications sûres sur la capacité de travail du recourant. Quant au Dr D_____, il ne l'a pas examiné et s'est essentiellement fondé sur le rapport précité de la Dresse C_____, de sorte que son avis du 13 novembre 2000 n'a aucune valeur probante.

Compte tenu de cette situation, on ignore l'état de santé du recourant quatre années après le rapport du 24 juillet 1997 de ce dernier médecin, la décision de rente ayant été rendue en août 2001 seulement.

Toutefois, en admettant que le recourant présentait des troubles de comportement avec des troubles psychotiques, comme retenu par le Dr D_____, il convient de constater que son état de santé s'est notablement amélioré. En effet, il a fait l'objet de deux expertises psychiatriques par les Drs G_____ et J_____, lesquels sont arrivés à la même conclusion, à savoir que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé psychique avec répercussion sur la capacité de travail. Quant aux traits de la personnalité dyssociale, ils n'ont pas d'influence sur celle-ci.

Ces expertises remplissent les critères jurisprudentiels précités pour leur reconnaître une pleine valeur probante et ne sont de surcroît pas contredites par un avis médical d'un autre spécialiste en la matière.

Partant, seule une diminution de la capacité de travail pour des raisons somatiques de 20 % peut être retenue, sur la base des évaluations du Dr E_____. Toutefois, cette diminution n'ouvre pas le droit à une rente. Par conséquent, c'est à raison que l'intimé l'a supprimée.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
11. Cependant, il est loisible au recourant de demander des mesures d'ordre professionnelles à l'intimé, dès lors que sa capacité de travail est diminuée de 20 % pour des raisons somatiques dans l'activité de menuisier-charpentier qu'il exerçait au moment de son accident survenu en 1986 (cf. rapport d'examen du médecin d'arrondissement de la SUVA, doc. 49 p. 3 intimé), ainsi que dans toute activité physiquement astreignante. Il conviendrait alors que l'intimé se prononce par une nouvelle décision, si une telle demande devait lui être présentée.
12. Au vu de la situation financière du recourant, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument de justice.
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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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