

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2317/2007

ATAS/520/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 22 avril 2008

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BLOCH Jean-Pierre

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, ayant en dernier lieu travaillé comme disquaire, a cessé toute activité lucrative depuis le 1^{er} mars 2003. Le 10 juillet 2004, il a déposé une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.
2. La Dresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin traitant, a diagnostiqué dans un rapport du 13 octobre 2004 une dépression endogène depuis 1998. Cette dépression s'était améliorée en 1999, puis péjorée dès 2002. Elle a estimé l'incapacité de travail de son patient à 100% dès septembre 2003, étant toutefois précisé que celui-ci lui avait confié avoir arrêté de travailler dès 2002. Elle précise qu' "il s'agit d'un état dépressif endogène, péjoré par sa situation professionnelle très difficile (tenait un magasin de disques et de CD). Sous traitement antidépresseur Efexor, son état s'était suffisamment amélioré par une reprise de travail dès le 1^{er} septembre 1999. Par la suite il n'est plus venu aux rendez-vous. Il semble avoir fait faillite en mai 2003. Son état se serait péjoré à nouveau, le patient dit que dès 2002 il ne travaillait plus. Il se fait par la suite suivre par le Dr M_____ qui l'aurait mis en arrêt maladie dès septembre 2003. Je lui ai demandé de revenir pour un rendez-vous bilan AI, je l'ai retrouvé quasiment identique à 1998 - 1999. Comme à cette période, il semble rester couché la semaine où il n'a pas son fils pour fonctionner plus ou moins la semaine où il a son fils (garde alternée). Il me semble qu'au vu de cette capacité de se ressaisir une semaine sur deux et de l'amélioration éventuelle avec un réajustement de l'antidépresseur, un recyclage pourrait devenir possible éventuellement. Dans un futur proche, le problème majeur me semble être sa capacité de venir aux rendez-vous, problématique qui l'empêchera peut-être aussi d'aller au recyclage "

Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, la Dresse L_____ a indiqué que l'assuré présentait des traits phobiques.

3. Dans son rapport du 6 novembre 2004, le Dr M_____, généraliste, a diagnostiqué un état anxio-dépressif avec trouble du sommeil, une fatigue chronique, des troubles réactionnels sévères suite à des pratiques occultes (actuellement critiquées), depuis environ cinq ans. L'assuré souffre également d'un reflux œso-gastrique depuis juin-juillet 2004, sans toutefois que ce diagnostic ait une répercussion sur sa capacité de travail. Le Dr M_____ considère que son patient présente une incapacité entière de travail dès le 1^{er} octobre 2003, étant précisé qu'en réalité, il est sans travail suite à la faillite de son entreprise (boutique de disques) depuis début 2002. Le médecin précise encore que le patient est divorcé, qu'il a un fils qu'il voit régulièrement, qu'il est d'origine antillaise et qu'il a connu les "affres" du Vaudou et de ses pratiques occultes dans sa propre famille, qu'il s'en libère progressivement.

Selon lui, l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible, en revanche il pourrait exercer une autre activité après réorientation et amélioration de l'état psychique.

4. L'OCAI a confié au Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, un mandat d'expertise. Celui-ci a établi un rapport le 19 février 2007. Le Dr N_____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais seulement un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Il a ainsi considéré que parmi les éléments potentiellement incapacitants pour l'exercice de l'activité professionnelle, la diminution de l'énergie d'origine purement psychique était trop réduite pour être limitative. En effet, pendant les périodes où il a la charge de son fils, il a constaté la présence d'activités multiples à l'analyse du déroulement du quotidien. Il n'y a pas non plus de diminution de la volonté, de ralentissement psychomoteur, de trouble de la concentration, ni de trouble formel de la mémoire à court terme ou à long terme. Quand bien même l'assuré se dit tendu et anxieux en permanence, le médecin ne l'a pas constaté au cours de l'examen psychiatrique. Il a ainsi considéré que l'assuré ne présentait actuellement pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychique à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Il précise par ailleurs que les "hallucinations" auxquelles a fait allusion l'assuré sont en réalité des illusions (interprétation erronée d'une perception juste), lesquelles sont fréquentes dans la population habituelle et sont banales. S'agissant de la présence d'un trouble bipolaire évoqué par la Dresse L_____, le Dr N_____ a déclaré qu' "il n'apparaît pas que l'assuré ait présenté une symptomatologie maniaque de manière univoque (absence d'hypercommunicabilité, d'hypersexualité, d'élévation de l'humeur, de réduction du besoin de sommeil allant au-delà de trois jours). Il s'est probablement agi de périodes réduites dans le temps, de lutte contre des affects dépressifs (elles ont eu lieu dans le contexte de difficultés professionnelles lorsqu'il avait son magasin). L'absence de mise en place d'un stabilisateur de l'humeur (lithium par exemple) parle contre la présence d'un trouble bipolaire.

Relevant que la Dresse L_____ expliquait que son patient était en cours d'investigation pour une narcolepsie, le Dr N_____ signale qu'on ne retrouve pas chez l'assuré des accès de sommeil de courte durée qui sont la manifestation d'une somnolence diurne excessive, symptôme essentiel de la narcolepsie.

En conclusion, l'expert a estimé l'assuré capable de travailler à 100% sans diminution de rendement et dans son activité professionnelle habituelle. Il considère que malgré ses troubles psychiques, l'assuré est capable de s'adapter à son environnement professionnel.

5. Le 30 mars 2007, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée.

6. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision, par courrier du 17 avril 2007, alléguant souffrir depuis plus de vingt ans d'un trouble bipolaire (trouble maniaco-dépressif), dont l'incidence n'a cessé d'influer de manière grandement négative sur l'ensemble de sa vie professionnelle et personnelle.
7. Par décision du 8 mai 2007, l'OCAI a confirmé le refus de prestations AI, rappelant que le Dr N_____ avait pris en considération l'avis de la Dresse L_____ - et faisait même état d'un entretien avec celle-ci en janvier 2007. L'expert a par ailleurs traité la question de l'apnée du sommeil et du traitement par CPAP, mais ne les a pas considérés comme invalidants.
8. L'assuré, représenté par Maître Jean-Pierre BLOCH, a interjeté recours le 13 juin 2007 contre ladite décision. Il conteste les conclusions du rapport d'expertise. Il souligne que le Dr N_____ n'a pas pris connaissance des pièces relatives à ses troubles du sommeil puisqu'elles ne sont pas mentionnées dans son rapport, que l'entretien téléphonique avec son médecin traitant auquel a fait allusion l'OCAI dans sa décision n'a duré que quelques instants, ce qui est manifestement insuffisant pour se faire une opinion, que la journée type de travail telle que décrite par le Dr N_____ est "une journée idéale", que ce type de journée est en réalité extrêmement rare. Il énumère par ailleurs plusieurs inexactitudes figurant dans le rapport d'expertise. Il relève enfin que ses arguments n'ont pas été pris en compte. Il conclut préalablement, à la comparution personnelle des parties et à l'audition de la Dresse L_____, à ce qu'une nouvelle expertise médicale soit ordonnée et principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité.
9. Dans son préavis du 13 juillet 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
10. Par courrier du 29 août 2007, le recourant a insisté sur la nécessité d'entendre la Dresse L_____ et persisté dans ses conclusions.
11. La Dresse L_____ a été entendue par le Tribunal de céans le 19 février 2008.

"Je suis Monsieur A_____ depuis le 1^{er} septembre 1998. Je le suis toujours avec une interruption de septembre 2002 à septembre 2004.

Je dois dire que le tableau clinique n'est pas clair et ne permet pas de diagnostiquer de façon certaine un trouble bipolaire. Cependant, j'ai pu constater au fil des années que ce diagnostic devait être posé. Il a vraisemblablement connu des flambées de bipolarité dans le cadre de son activité de gérant d'un magasin de disques. J'ai constaté que son état dépressif ne s'améliorait pas. Je sais qu'il a été un enfant hyperactif notamment, avec déficit d'attention, ce qui donne souvent des adultes souffrant de fluctuations de type bipolaire.

J'aurais préféré que l'assuré fasse plutôt des flambées maniaques, alors qu'il reste au stade de la dépression. Je reste néanmoins sur le diagnostic de bipolarité vu

l'anamnèse. J'ai tenté plusieurs traitements antidépresseurs, ainsi qu'un stabilisateur de l'humeur (Lamictal), en vain. Je ne sais pas pourquoi. Je précise que ces traitements lui ont fait prendre 25 à 30 kg.

Je souligne que quoiqu'il en soit l'état dépressif chronique dont il souffre l'empêche de travailler. Je ne comprends pas comment le Dr N_____ peut conclure à un épisode dépressif léger. Je le qualifierais d'important, d'autant plus qu'il est toujours sous traitement antidépresseur, combiné à de la Ritaline, qui n'a pas l'effet optimum souhaité.

Je voudrais encore préciser que j'ai réalisé au moment du décès de la mère de l'assuré en juillet 2005, que c'est elle qui l'aidait à assumer la garde de son fils. L'assuré a ainsi été très stressé lorsqu'il a dû s'occuper de son fils après le décès. C'est la montée d'adrénaline qui l'a aidé à faire face. L'enfant est actuellement âgé de douze ans et peut dans une certaine mesure se débrouiller.

Je rappelle encore que l'assuré souffre de difficultés de concentration, il n'arrive pas à se lever le matin et oublie les rendez-vous, il présente des troubles du sommeil, etc. Je ne vois pas dans ces conditions comment il pourrait travailler.

L'assuré a éventuellement présenté des hallucinations. Du moins il les décrit comme telles. Il s'agit vraisemblablement de passages mystiques ou de bouffées délirantes qui semblent se résorber rapidement.

L'investigation complémentaire à laquelle fait allusion le Dr N_____ n'a pas mis en évidence de narcolepsie. Il est en revanche apparu que l'assuré souffrait d'apnées du sommeil et d'un sommeil de très mauvaise qualité (cf. pièces 7, 8, 9, 10 chargé recourant).

Lorsque son fils était plus jeune, mon patient me semblait fonctionner plus ou moins une semaine sur deux lorsqu'il en avait la garde. Il n'a pas de vie sociale dans le sens où seuls quelques amis viennent parfois lui rendre visite. Il y a vraisemblablement un problème de bipolarité chez l'une de ses sœurs. Je précise encore que son fils présente des traits autistiques (il est scolarisé en classe spéciale), ce qui fait que celui-ci ne peut le stimuler.

Les conclusions du Dr N_____ me sont lues. Je ne suis pas du tout d'accord avec lui, au point que je me demande s'il a vu le même patient. Je rappelle que l'assuré souffre d'apnées du sommeil, très invalidantes, et d'arythmie cardiaque. Je m'interroge sur le point de savoir si un problème somatique existe qui n'aurait pas été diagnostiqué encore.

Je persiste à dire que l'assuré est incapable de travailler. Je ne vois pas quel type d'activité il pourrait exercer.

Je dois dire que je suis perplexe dans la mesure où mon patient est en réalité plus malade que je ne le pensais de prime abord. Ce qui est décrit par le Dr N_____ à la page 7 de son rapport d'expertise, dernier paragraphe, ne correspond pas à ce que j'ai pu moi-même constater au fil des années. Toutes les activités avec son fils ne sont pas effectuées le même jour par exemple : tout est obstacle pour lui.

Je pense être objective dans mes conclusions".

Un délai a été accordé à l'OCAI au 10 mars 2008, afin que les nouvelles pièces médicales produites, ainsi que les déclarations de la Dresse L_____, soient communiquées au SMR pour détermination.

12. La Dresse O_____, du SMR, dans une note du 7 mars 2008, a relevé une contradiction dans les dires du psychiatre traitant, puisque d'une part, il indique qu'il ne lui est pas permis de diagnostiquer de façon certaine un trouble bipolaire et d'autre part, qu'il a pu constater au fil des années que ce diagnostic devait être posé. Le médecin traitant fait, par ailleurs, part de simples suppositions pour retenir le diagnostic de trouble bipolaire. La Dresse O_____ ne comprend pas comment le médecin traitant a pu partir de l'idée que l'assuré avait été un enfant hyperactif avec déficit d'attention, ce qui donne souvent des adultes souffrant de fluctuations de trouble bipolaire. Constatant que, selon le médecin traitant, l'assuré est resté au stade de la dépression, sans qu'il n'y ait jamais eu un seul épisode de manie ou d'hypomanie, la Dresse O_____ en conclut qu'il n'y a précisément pas trouble bipolaire. S'agissant de la vie sociale, la Dresse O_____ relève que l'assuré ne travaillant plus depuis de nombreuses années, il est logique que le cercle de ses connaissances se soit réduit. Elle rappelle enfin que le Dr N_____ a examiné l'assuré en tant qu'expert, c'est-à-dire neutre dans sa relation, et non en tant que médecin traitant investi dans une situation médicale, sociale et familiale. En conclusion, la Dresse O_____ considère que les conclusions du Dr N_____ sont parfaitement convaincantes et que, par conséquent, le rapport SMR et ses conclusions du 7 mars 2007 restent valables.

13. La détermination de la Dresse O_____ a été communiquée à l'assuré. Celui-ci, par courrier du 31 mars 2008, a tenu à relever que la Dresse L_____ n'avait fait aucune supposition : "elle a affirmé avoir recueilli certains témoignages datant de l'époque où elle ne connaissait pas encore son patient, lesquels décrivent un individu bipolaire en phase maniaque. C'est sur cette base et après de longues hésitations qu'elle a posé le diagnostic contesté". Il souligne que dans son cas l'importance d'éventuels passages maniaques est très relative puisque la Dresse L_____ en dix ans n'en a jamais observé elle-même. Ce qu'elle a en revanche affirmé de manière tout à fait claire, c'est que l'état dépressif chronique dont il souffre est invalidant. S'agissant de son hyperactivité, il rappelle que dans les années 60, ce diagnostic était soit très rare soit encore inexistant, qu'il n'est dès lors pas étonnant qu'aucun dossier AI n'ait été ouvert à l'époque, ce qui ne suffit pas en

soi à exclure un tel diagnostic. D'une façon générale, il retient que la Dresse L_____ a fait preuve d'une grande honnêteté et d'une modestie qu'elle ne semble pas partager avec les experts. Il relève enfin que les visites sporadiques d'une sœur et d'un ami resté fidèle peuvent effectivement être qualifiées de vie sociale inexistante sans que l'on y voie de contradiction. Il relève également que selon la Dresse L_____ l'assuré a été très stressé lorsqu'il a dû s'occuper de son fils après le décès, ce qui est en contradiction avec les déclarations de l'expert rapportant les observations du psychiatre traitant. Il reproche à l'expert de ne pas avoir approfondi le problème d'apnées du sommeil. Il ne dit pas un mot des pièces médicales établies par les spécialistes du Centre du sommeil. Il a prétendu que le recourant était appareillé alors qu'il a été expliqué en audience qu'il ne supportait pas cet appareil qu'il n'utilise par conséquent pas.

L'assuré considère dès lors que la note du SMR doit être "considérée comme une prise de position de l'OCAI, comme une plaidoirie, comme la défense bec et ongles du premier rapport d'expertise dont nous pensons avoir démontré qu'il est pourtant incomplet, lacunaire et inexact, mais en tous cas pas comme un rapport d'expertise complémentaire sous-tendu par l'idée que la médecine n'étant pas une science exacte, il faut savoir se remettre en question".

14. Ce courrier a été transmis à l'OCAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 8 mai 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant

remontant essentiellement à l'année 2003, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

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

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

4. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente l'assuré entraînent une incapacité de travail ouvrant droit, le cas échéant, à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).
6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).
7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans

quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Il convient également que rappeler que, pour ce qui concerne la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille

(ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

8. En l'espèce, l'OCAI a refusé à l'assuré toute prestation AI, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr N_____. Celui-ci n'a en effet retenu qu'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique. Selon lui, l'assuré ne présente pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychique qui pourrait être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Il a par ailleurs nié l'existence d'un trouble bipolaire, en l'absence d'une symptomatologie maniaque de manière univoque et de mise en place d'un stabilisateur de l'humeur.
9. Le Tribunal de céans constate que l'expertise réalisée par le Dr N_____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Il a expliqué en quoi consistait l'atteinte à la santé de l'assuré, ses conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que le Tribunal n'a aucune raison de s'en écarter.
10. L'assuré le conteste cependant, soulignant que l'expert n'avait pas pris connaissance des pièces relatives à ses troubles du sommeil, que l'entretien téléphonique avec le médecin traitant n'avait duré que quelques instants, que la journée type de travail décrite ne représentait qu'une journée idéale et non pas une réalité quotidienne. Il relève enfin plusieurs inexactitudes.
11. Il s'agit dès lors de déterminer si l'appréciation de la Dresse L_____ est de nature à mettre en doute les conclusions du Dr N_____. Celle-ci a à cet égard été entendue par le Tribunal de céans le 19 février 2008 et s'est longuement exprimée sur le diagnostic de trouble bipolaire. Elle a plus particulièrement expliqué pour quel motif elle avait retenu ce diagnostic.

Force est toutefois de constater, à l'instar de la Dresse O_____ du SMR, que la Dresse L_____ fait surtout état de simples suppositions partant de l'idée que l'assuré avait été un enfant hyperactif et soulignant qu'il restait constamment au stade de la dépression. Le Tribunal de céans relève à cet égard que tant les Drs L_____ que M_____, dans leurs rapports respectifs des 13 octobre et 6 novembre 2004, parlent tous deux de dépression sans en qualifier l'intensité. Le Dr N_____ quant à lui a conclu à un épisode dépressif léger.

Selon l'assuré, la Dresse L_____ a surtout fait preuve d'honnêteté et de modestie, en faisant part de ses réflexions et de ses interrogations. Il relève des contradictions figurant dans le rapport du Dr N_____, plus particulièrement lorsque celui-ci rapporte les dires du médecin traitant, et reproche à l'expert d'avoir ignoré son problème d'apnées du sommeil. Le Tribunal de céans considère toutefois que ces observations ne suffisent pas pour conclure à une maladie psychiatrique invalidante, ce d'autant moins notamment que l'expert a dûment traité la question des troubles du sommeil

12. Le recours dans ces conditions ne peut être que rejeté.
13. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
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-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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