RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3303/2006 **ATAS/1138/2006**

ARRET INCIDENT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 12 décembre 2006

En la cause

Monsieur D_____, domicilié , GENEVE	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. M. D_____ né le 1957, de nationalité suisse, célibataire, titulaire d'un CFC d'horticulteur/paysagiste et d'un diplôme de l'IES d'assistant social, a exercé cette dernière profession depuis le 1er octobre 1987 auprès du service du patronage de l'Etat de Genève.

2. Il a été en incapacité de travail totale depuis le 15 décembre 1995, avec deux tentatives de reprise de son activité du 11 au 15 mars 1996 et du 3 au 17 mars 1997.

3. Le 4 septembre 1997, il a requis des prestations de l'assurance-invalidité.

4. Le (illisible) 1997, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, a rendu un rapport médical AI selon lequel l'assuré souffrait de "dépendance à l'alcool, HTA et état dépressif" depuis 1988, il avait besoin d'un traitement médical chronique et il était incapable de travailler efficacement dans son poste actuel mais pas nécessairement dans cette profession.

5. Le 21 novembre 1997, la Dresse B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté qu'elle suivait l'assuré depuis le 20 mars 1996, qu'il souffrait de trouble dépressif majeur, récurrent, sévère sans caractéristiques psychotiques (F33.3), abus d'alcool (F10.1), personnalité limite (F60.31), obésité, hypertension artérielle, syndrome d'apnée du sommeil, spondylolisthésis lombaire, tabagisme et de problèmes psychosociaux et environnementaux.

6. Le 1er février 1999 la Caisse de prévoyance du personnel enseignant de l'Instruction publique et des fonctionnaires de l'administration du Canton de Genève (CIA) lui a reconnu un degré d'invalidité de 100 %.

7. Le 29 mai 2000, le Dr C_____, médecin de l'assurance-invalidité, note que "les troubles physiques ne justifient certainement pas une incapacité de travail durable. L'éthylisme avec le trouble psychique entraîne des complications suffisamment sévères pour admettre une incapacité de travail encore totale actuellement. L'assuré a repris son traitement pour l'alcoolisme et la Dresse B_____ espère une reprise du travail à 50 % si l'amélioration se poursuit. Révision dans un an. On pourra alors se demander si son métier convient bien pour ce type de pathologie, ce qui n'est pas forcément le cas en présence de tels troubles psychiques (nécessité d'une bonne stabilité mentale pour pouvoir aider les autres et être toujours confrontés à des situations délicates)".

8. Le 14 avril 2000, la Dresse B_____ a rendu un rapport intermédiaire AI. L'état de santé était stationnaire. Le patient avait été suivi en alcoologie à "établissement hospitalier" avait interrompu la psychothérapie durant l'automne-hiver 1999, puis l'avait reprise en mars 2000, avec reprise également du traitement antidépresseur.

L'incapacité de travail était encore entière. Les diagnostics psychiatriques étaient les mêmes que lors de son rapport du 21 novembre 1997, sauf que le trouble dépressif majeur était actuellement en rémission, qu'il y avait un trouble dysthymique (F34.1) et une dépendance à l'alcool (F10.24).

Elle a précisé que l'alcoolisme était la conséquence d'une atteinte à la santé, soit un trouble de la personnalité de type borderline, épisodes dépressifs majeurs, récurrents, sévères sans caractéristiques psychotiques et trouble dysthymique, probablement depuis le début des années 1990. L'alcoolisme avait causé une péjoration des symptômes du trouble borderline, des hospitalisations de longue durée soit en février 1996, du 17 septembre au 8 novembre 1996, du 20 octobre au 8 novembre 1997 et du 14 au 21 mars 2000 et une diminution prolongée du pouvoir de concentration ou de la capacité à supporter des charges psychiques.

9. Par prononcé du 13 juin 2000, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a octroyé une rente fondée sur un degré d'invalidité de 100 % dès le 15 décembre 1996, avec une révision de la rente prévue le 30 juin 2001.

10. Par décision du 1er septembre 2000, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente mensuelle de fr. 1'769.- dès le 1er octobre 2000.

11. Par décision du 9 octobre 2000, il lui a alloué un rétroactif de fr. 80'880.- compensé par un montant de fr. 19'217.- avec une créance de l'Etat de Genève.

12. Le 10 juillet 2001, l'OCAI a requis de l'assuré qu'il remplisse le questionnaire pour la révision de la rente, ce que celui-ci a fait le 14 août 2001 en mentionnant que son état de santé était toujours le même et qu'il était suivi par le Dr C_____ de l'Unité d'alcoologie des "établissement hospitalier", les Drs A_____ et B_____.

13. Le "27 novembre 2001", le Dr C_____ a relevé un "syndrome dépressif chronique, dépendance à l'alcool, lombosciatalgies chroniques en spondylolisthésis L4-L5 sous troubles radiculaires et sous nécessité d'intervention chirurgicale - le patient est à risque d'ostéoporose et doit être suivi sur ce plan". Il suivait le patient depuis mars 2000 et renvoyait au rapport du département de médecine interne du 5 février 2002.

Selon ce dernier, l'assuré avait séjourné aux "établissement hospitalier" pour un sevrage alcoolique du 9 au 28 janvier 2002. Le sevrage s'était déroulé favorablement. Le patient se plaignait aussi de douleurs lombaires, l'empêchant de marcher normalement avec faiblesse des membres inférieurs et deux épisodes de chutes sur lâchage. "En ce qui concerne les lombosciatalgies chroniques chez ce patient avec notion anamnestique de spondylolisthésis, un bilan a été pratiqué. L'IRM met en évidence un spondylolisthésis L4-L5 de grade 2 avec conflit disco-radiculaire bilatéral au niveau intersomatique L4-L5. Les clichés standards

fonctionnels montrent une stabilité du spondylolisthésis, raison pour laquelle nos collègues rhumatologues n'ont pas jugé nécessaire de demander un avis chirurgical. A noter que l'ENMG effectué n'a pas révélé d'atteinte lésionnelle du système nerveux périphérique mais n'exclut pas une atteinte radiculaire purement irritative".

Il n'y avait pas d'indication à la pose d'un appareil nocturne pour le syndrome d'apnées du sommeil. La consultation de psychiatrie estimait nécessaire une prise en charge ambulatoire chez ce patient ayant subi une rupture de son suivi psychiatrique en raison de problèmes financiers.

14. Le 15 avril 2002, le Dr C_____ a relevé que l'assuré ne suivait pas son traitement de façon optimale et que, physiquement, il pourrait exercer son métier.

15. Par décision du 16 avril 2002, l'OCAI a informé l'assuré qu'il continuerait à bénéficier de la même rente mais qu'il se devait de suivre un traitement psychothérapeutique.

16. Le 29 juin 2004, l'OCAI a ouvert une procédure de révision.

17. Le 17 juillet 2004, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était amélioré psychiquement très progressivement mais qu'il souffrait d'une péjoration somatique. Il était suivi par les Drs A_____ et C_____.

18. Le 3 août 2004, le Dr A_____ a attesté que l'état de santé s'était amélioré en raison d'une abstinence d'alcool depuis environ 23 mois. Il persistait des douleurs invalidantes lombaires, des angoisses et une dysthymie. Une thérapie cognitivo-comportementale était en cours et un retour au travail n'était pas exclu mais le délai non prévisible. La capacité actuelle était de 0 %. Une autre activité n'était pas exigible de l'assuré, on pouvait améliorer la capacité de travail dans son domaine d'activité mais il fallait être attentif à une décompensation et augmentation de l'angoisse "si a des responsabilités mais cela peut s'améliorer".

19. Le 26 octobre 2004, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé s'était amélioré, le patient étant abstinent d'alcool depuis deux ans. La compliance était très bonne. Le syndrome dépressif avait tendance à s'amender mais il faudrait encore du temps. On pouvait espérer une reprise de travail mais il ne savait pas quand. La toxicomanie avait nécessité en 2002 trois hospitalisations à Beau-Séjour, elle n'était pas la conséquence d'une atteinte à la santé mais avait causé une altération de la personnalité.

20. Le 13 juin 2005, le Dr C_____ a relevé qu'il fallait voir si l'amélioration se maintenait dans trois mois et "questionner sur la reprise de travail".

21. Le 5 juillet 2005, le Dr A_____ a estimé qu'une reprise de travail comme horticulteur, assistant social ou autre n'était pas encore possible.

22. Le 18 juillet 2005, le Dr C_____ a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.

23. Le 6 septembre 2005, le Dr D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise fondé sur deux entretiens individuels les 12 août et 5 septembre 2005 et le dossier AI.

    L'assuré avait dû abandonner l'activité de paysagiste en raison d'une spondylolisthésis. Il se plaignait de mobbing dans son travail d'assistant social à Champ-Dollon et c'était à ce moment-là qu'il avait commencé à boire de l'alcool. L'assuré était abstinent depuis 35 mois, soit depuis septembre 2002; il ressentait encore beaucoup d'angoisse et présentait des problèmes de sommeil. Il était co-leader de quatre à cinq groupes des alcooliques anonymes par semaine. Il déclarait vivre dans un désert collectif. Il avait mal au dos le matin. Il suivait une thérapie cognitivo-comportementale avec le Dr A_____ et souhaitait cependant un traitement avec médecin-psychiatre. Il ne prenait aucun médicament psychotrope. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants :

    - Dysthymie (F34.1).
    - Syndrome de dépendance à l'alcool (abstinent depuis 2002) (F10.20).
    - Trouble de la personnalité (personnalité limite) (F60.31).

    et sans répercussion sur la capacité de travail :

    - Tabagisme.
    - Surcharge pondérale.
    - Lombosciatalgies (sans répercussion sur la dernière activité).

    L'expert est de l'avis qu'il "faut tout faire pour permettre à M. D1_____ de retrouver la dignité professionnelle perdue, c'est-à-dire de lui permettre d'obtenir à nouveau une situation socioprofessionnelle stable et satisfaisante. Il pourrait reprendre, d'après ses mêmes vœux, une activité d'assistant social, de préférence dans le domaine de l'alcoologie. Il reste le problème de la fragilité physique (obésité, tabagisme, lombosciatalgies) et psychique (dépendance à l'alcool (actuellement en rémission), troubles dysthymiques) de cet assuré. Après dix ans d'inactivité, il aura de la peine à s'habituer à un rythme normal de travail et à mobiliser les ressources existantes. Une capacité de travail au début à 50 % et ensuite à 100 % devrait être cependant possible. Il serait judicieux de suivre son souhait, c'est-à-dire de faire une formation complémentaire, en vue d'une activité professionnelle dans le domaine de l'alcoologie, formation qui pourrait débuter aussitôt que possible". Une capacité de travail, "d'ici quelques temps", à 100 % et théoriquement possible. "A part une certaine fragilité psychique qui persiste encore à l'heure actuelle (troubles dysthymiques), je ne vois actuellement de limitations ni au plan physique, ni au plan psychique et mental, ni au plan social, pour une reprise de son ancienne activité d'assistant social. Le trouble dépressif et ceux liés à l'alcoolisme ont eu un retentissement important sur l'activité exercée jusqu'à 1995.

Actuellement, il n'y a plus de troubles dépressifs sévères (à part des fluctuations dysthymiques) ni de troubles alcooliques (abstinence depuis 2002). L'idéal serait de l'aider avec une formation ad hoc dans le domaine social (comme lui-même en exprime le besoin), formation qui pourrait avoir lieu le plus vite possible". Le traitement actuel n'était pas optimal car il devrait être assuré par un médecin-psychiatre.

24. Le 8 novembre 2005, le Dr C_____ a estimé qu'il n'y avait plus d'atteinte à la santé pouvant justifier une incapacité de travail et cela depuis certainement déjà un an. Le fait que la reprise de travail soit difficile en raison de la longue invalidité ne relevait pas de l'AI.

25. Par décision du 18 janvier 2006, l'OCAI a supprimé la rente de l'assuré avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification au motif qu'il ne subsistait plus de limitations ni au plan physique, ni au plan psychique et mental, ni au plan social et que l'activité d'assistant social était tout à fait exigible.

26. Le 10 février 2006, l'assuré a fait opposition à cette décision en relevant que l'activité d'assistant social n'était pas exigible compte tenu de l'évolution rapide des conditions de son exercice ces dernières années.

27. Le 10 février 2006, le Dr A_____ a écrit au Dr C_____ qu'il estimait que pour l'heure la rente AI de l'assuré était parfaitement justifiée dès lors qu'il est dans l'incapacité d'exécuter la moindre tâche, victime de bouffées d'angoisse paralysantes et d'épisodes de dysthymie et restant extrêmement fragile.

28. Par décision incidente du 2 mars 2006, l'OCAI a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif que l'assuré avait formulée avec son opposition.

29. Le 13 février 2006, le Dr C_____ a attesté qu'il avait suivi l'assuré de 2000 à 2005. Celui-ci avait, pendant cette période, effectué plusieurs séjours hospitaliers. Il participait régulièrement au groupe de soutien de l'unité depuis 2000 et l'animait en l'absence du modérateur. "Nous avons été étonné de la décision concernant la suppression sans délai de la rente AI de M. D_____. Si nous pensons que le patient devrait pouvoir reprendre le travail à moyen terme, il nous semble peu imaginable qu'il soit opérationnel dans son métier à partir du premier mars 2006 considérant qu'il n'a exercé son métier depuis 1995 et qu'en dix ans, la profession et les conditions d'exercice du métier de travailleur social ont changé de façon notable. Enfin, si l'amélioration physique et psychique de M. D_____ a été remarquable, il reste à notre avis porteur de troubles anxieux manifestes rendant la reprise du travail à 100 % à partir du 1er mars parfaitement hypothétique".

30. Le 10 mars 2006, la Dresse B_____ a rendu un certificat médical selon lequel elle avait suivi l'assuré de mars 1996 à avril 2000, puis septembre 2005. Le patient signalait la persistance de troubles anxieux, liés à une difficulté à gérer ses

émotions, se manifestant principalement par le maintien d'une gêne importante dans sa capacité à organiser les tâches de sa vie quotidienne, et en conséquence par une dévalorisation plus globale de son image de soi. Il avait le sentiment que des angoisses plus profondes, préexistantes à la prise d'alcool, émergeaient depuis l'installation de son abstinence, et s'étaient renforcées alors même qu'il progressait dans la reprise de responsabilités valorisantes au sein de l'unité d'alcoologie. Ce patient restait dans la fragilité présente dans ce trouble de personnalité, très craintif face à un retour à un comportement qu'il qualifie de "Diogène" et qui a effectivement pu s'observer dans le passé, et manifeste une désorganisation anxieuse avec diminution de ses capacités de concentration, augmentation de l'irritabilité et conviction qu'il ne peut exprimer la totalité de sa détresse même s'il parvient mieux à se confier durant les entretiens. Sur le plan thérapeutique, il est évident que l'abstinence alcoolique depuis plusieurs années a permis un travail introspectif de meilleure qualité, de nouvelles attitudes sur le plan social et relationnel, et ouvert une perspective de reprise de travail. Cependant cette reprise, qui pourrait consister pour ce patient en une formation d'"intervenant en dépendance" - pour laquelle il s'investit déjà dans ses contacts avec l'unité d'alcoologie et les alcooliques anonymes -, demande à être organisée davantage et progressivement, dans un sens sécurisant pour lui; en tenant compte du temps qui sera nécessaire à cette entreprise et surtout de l'évolution de ses capacités psychiques au fur et à mesure de cette reprise. La décision de suppression de la rente AI dans un délai aussi bref, et en admettant d'emblée une capacité de travail à 100 %, me parait donc inadéquate face à l'état psychique actuel de ce patient, dangereuse pour son équilibre présent, et surtout prétériter ses chances d'évolution future, en allant dans un sens contraire aux efforts de réadaptation qu'il a déjà manifestés.

31. Le 10 mars 2006, le Dr A_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré pour une durée indéterminée. Il relève que ce patient a bénéficié d'une thérapie cognitive et comportementale, qu'il a suivie avec assiduité, ce qui lui a permis de cesser depuis plus de trois ans sa consommation d'alcool et de diminuer, de façon conséquente, son trouble anxieux qui reste, cependant, encore invalidant, raison pour laquelle la reprise d'une activité professionnelle n'est pas immédiatement envisageable. Il conviendrait de suivre les conclusions de l'expert, le Dr I. D_____, qui propose une formation complémentaire, puis une reprise partielle progressive du travail.

32. Le 13 mars 2006, la Dresse B_____ a attesté que l'assuré n'avait pas un état de santé compatible avec l'exercice d'une activité lucrative à 100 % depuis la reprise du traitement psychothérapeutique en septembre 2005 et, anamnestiquement depuis la demande de prestations AI.

33. Le 14 mars 2006, l'assuré a complété son opposition en relevant que ses médecins estimaient qu'il était prématuré de lui faire reprendre à 100 % son activité et relevé que le Dr C_____ s'était à tort écarté de l'avis de l'expert.

34. Le 29 mai 2006, le Dr C_____ a rendu un avis médical. Il relève "à mon sens le choix de l'assuré (intervenant en dépendance) n'est pas judicieux; le fait d'avoir eu une période de dépendance soi-même à l'alcool - il reste cependant la dépendance du tabac ! - n'est pas une raison suffisante pour se diriger dans ce type de spécialisation. Il faut être fort psychiquement, ce qui n'est pas le cas de cet assuré. Il doit donc changer son projet. Par contre celui d'assistant social conviendrait mieux, comme l'indique l'expert, car les situations rencontrées sont plus variées : faut-il une remise à niveau ? La question restante concerne l'évaluation de la capacité de travail raisonnablement exigible. Je me suis distancé de la proposition de l'expert de commencer à 50 % car il n'y a plus de pathologie psychiatrique de gravité suffisante actuellement pour limiter la capacité de travail".

35. Le 27 juillet 2006, l'OCAI a partiellement admis l'opposition dans le sens d'un examen plus approfondi du droit éventuel à des mesures d'ordre professionnel et confirmé pour le surplus la décision du 18 janvier 2006.

36. Selon une note du 15 août 2006 au dossier AI, des cours informatiques proposés par l'OCAI à l'assuré ont dû être annulés dès lors que celui-ci n'était pas, selon la Dresse B_____, en mesure de les suivre.

37. Le 6 octobre 2006, la réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu un rapport à la suite des entretiens des 3 et 26 juillet 2006 avec l'assuré et considéré que des mesures professionnelles ne seraient pour l'instant pas de nature à faciliter la reprise de l'activité habituelle, l'assuré ne s'estimant pas en mesure de travailler.

38. Le 12 septembre 2006, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurance sociales à l'encontre de la décision sur opposition de l'OCAI et a conclu à son annulation, au rétablissement de son droit à la rente et de l'effet suspensif jusqu'à nouvelle décision médicale et à réserver son droit à des mesures d'ordre professionnel.

    Il relève que le Dr C_____ avait ignoré les avis de ses médecins et s'était écarté des conclusions de l'expert. Contrairement à l'avis du SMR il n'y avait pas eu un amendement des troubles dépressifs sévères. Par ailleurs, l'expert n'avait pas pris la peine de contacter ses médecins et de préciser des informations, comme la date de ses hospitalisations. Enfin, sa participation à des groupes d'entraide n'était pas une activité professionnelle mais plutôt un traitement. Il a transmis un certificat médical de la Dresse B_____ du 1er septembre 2006 selon lequel :

    "J'ai décrit dans le précédent certificat la symptomatologie qu'a présentée ce patient jusqu'en mars 2006 et je la rappelle succinctement : la survenue de crises d'angoisse

massives durant l'été 2005, puis l'installation d'une thématique dépressive et non seulement anxieuse jusqu'à la fin de l'année ne permettaient assurément pas une capacité de travail de 100 %.; la symptomatologie s'est encore péjorée début 2006 suite à la nouvelle de la décision de l'AI, comme je l'ai explicité dans le précédent certificat, et la capacité de travail était donc encore amoindrie. Depuis le mois de mars 2006, le patient a pu maintenir son abstinence alcoolique, il suit un traitement médicamenteux antidépresseur, mais s'il a maintenu avec peine quelques engagements sociaux, son état psychique s'est cependant encore altéré, retentissant négativement encore sur sa capacité de travail. Au mois d'août, il a été très motivé par la recherche de cours de formation, mais face à l'imminence de leur commencement, il s'est effondré, retrouvant une thématique de désorganisation anxieuse déjà décrite durant les premiers mois de l'année. Cette situation persiste actuellement, et ce patient est en incapacité de travail totale pour le mois de septembre 2006".

39. Le 23 octobre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours et relevé que l'incapacité de travail attestée par le Dresse B_____ le 1er septembre 2006 était postérieure à la date de la décision sur opposition.

40. Le 4 décembre 2006, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

    Le recourant était assisté par la Dresse B_____. Il a déclaré : "Je confirme que je suis toujours abstinent à l'alcool. Je participe encore au groupe de soutien animé par l'Hôpital cantonal. Il m'arrive d'animer ce groupe lorsqu'il n'y a pas de médecin disponible. Je ne reçois pas de rémunération pour cela. Il s'agit du même groupe depuis environ 7 ans, date à laquelle j'ai commencé mon propre traitement. Je participe également aux alcooliques anonymes environ 3 à 4 fois par semaine, comme participant. Ma présence au groupe de soutien de l'Hôpital est d'une fois par semaine (…) Je mets beaucoup d'énergie dans mon rétablissement. Il y a une année j'étais dans un meilleur état de santé qu'aujourd'hui, soit avant la suppression de la rente, décision que j'ai ressentie comme une sanction. Je tiens à dire que je reviens de l'enfer et que j'étais une épave. Actuellement je suis abstinent et je fonctionne. A l'époque je m'occupais de dépendants comme assistant social, problématique qui constitue la majorité de l'activité d'un travailleur social. (…) Actuellement je suis une psychothérapie auprès de la Dresse B_____ et je prends un traitement médicamenteux, cela depuis au moins 10 ans".

    La Dresse B_____ a déclaré :

    "Mon patient vit des moments très difficiles. J'estime avoir beaucoup de chance qu'il n'ait pas recommencé à boire, en particulier depuis la suppression de la rente. Il a une pathologie psychiatrique importante qui amène au problème de dépendance. L'expert a vu le patient à une période favorable, la plus favorable

durant les dernières années. Depuis l'été 2005 il y a eu une aggravation liée à l'arrêt des antidépresseurs, lesquels ont été repris en automne. Depuis janvier 2006 toutefois la capacité de travail est très diminuée et l'aggravation a perduré en 2006. Je l'ai dit dans mes certificats médicaux et je me demande si les médecins de l'AI les ont lus. Je m'oppose à l'avis de l'AI disant qu'il y a une aggravation que depuis septembre 2006. Je précise qu'en été 2005 l'expert a attesté d'une capacité de travail de 50 % après formation. Je peux confirmer cette capacité de travail laquelle me parait être un maximum. Par la suite et en raison de l'aggravation de l'état de santé la capacité de travail était de 20 % en janvier 2006 et a diminué jusqu'à être nulle en septembre 2006. J'estime que la capacité était au maximum de 50 % en été 2005 en raison de la pathologie psychiatrique de base et des maladies psychiatriques. Je souligne que je n'ai pas été contactée par l'expert, ni les Docteurs E_____ et A_____, ce qui me parait contraire à la procédure en matière d'expertise".

S'agissant de ce dernier point, l'OCAI a relevé :

"D'habitude les experts contactent au moins téléphoniquement les médecins-traitants. L'exigence d'une anamnèse complète nécessite d'ailleurs que tous les renseignements médicaux soient demandés par l'expert".

A l'issue de l'audience, un délai a été fixé à l'OCAI pour soumettre le dossier médical au SMR.

41. Le 6 décembre 2006, la Caisse de prévoyance du personnel enseignant de l'instruction publique et des fonctionnaires de l'administration du canton de Genève (CIA) a informé le recourant qu'elle maintenait son droit à une pension d'invalidité de 100 %, avec révision dans deux ans.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6

octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. Le recourant requiert la restitution de l'effet suspensif à son recours.

5. a) Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA, les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré.

La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (RS 172.021). Selon l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. Est réservé l'art. 97 LAVS relatif au retrait de l'effet suspensif pour les recours formés contre les décisions des caisses de compensation. Aux termes de l'art. 97 LAVS, applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 66 LAI (dispositions applicables en l'espèce, dans leur nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003), la caisse de compensation peut, dans sa décision, prévoir qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire; au surplus, l'art. 55 al. 2 à 4 PA est applicable.

D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA, à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt P. du 24 février 2004, I 46/04), la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références; ATFA du 19 septembre 2006, I 439/06).

b) Dans l'arrêt précité du 19 septembre 2006 (I 439/06), le TFA a considéré que dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de l'assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que selon toute vraisemblance elle l'emportera dans la cause principale. La situation matérielle difficile dans laquelle se trouve l'assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'assurée n'obtiendrait pas gain de cause sur le fond matériel de la contestation, il est en effet à craindre que la procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 105 V 269 consid. 3; VSI 2000 p. 187 consid. 5). Or, s'agissant des prévisions sur l'issue du litige, elles ne présentent pas, pour l'assurée, un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération en l'espèce. Les avis divergent aussi bien sur la situation médicale concrète de l'assurée que sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, rendant l'issue du litige tout à fait incertaine. Qui plus est, l'office AI a mis en œuvre, dans le cadre de l'examen matériel de l'opposition formée par l'assurée à l'encontre de la décision de révision, une expertise dont les conclusions, produites en cours de procédure fédérale, sont en contradiction avec les observations rapportées par le médecin traitant de l'assurée. Il s'ensuit que seul un examen détaillé des pièces médicales versées au dossier permettra de répondre à la question de savoir si la révision du droit à la rente est, dans le cas particulier, justifiée. Au vu de ce qui précède, on doit dès lors admettre que l'intérêt de l'assurance-invalidité à réduire, même à titre provisoire, le montant de ses prestations l'emporte sur celui de l'assurée à percevoir une rente entière d'invalidité durant la durée de la procédure. Le retrait de l'effet suspensif par l'office recourant était par conséquent justifié, de sorte que le recours se révèle bien fondé.

6. a) En l'espèce, les pièces au dossier, ainsi que l'audition de la Dresse B_____ et du recourant lors de l'audience du 4 décembre 2006 ne permettent pas de conclure immédiatement et avec un degré de certitude suffisant, que le recourant a droit au maintien de sa rente entière d'invalidité. En revanche, force est de constater que tel est le cas pour un droit à une demi-rente d'invalidité.

b) Tout d'abord, l'intimé admet lui-même que l'expert aurait normalement dû contacter au moins téléphoniquement les médecins-traitants avant de rendre son rapport (cf. procès-verbal de comparution du 4 décembre 2006), ce qui n'a pas été fait dans le cas d'espèce. Or, ceux-ci considèrent que le recourant n'est pas capable de reprendre une activité à 100 % mais au mieux une reprise partielle de travail (avis du Dr A_____ des 5 juillet 2005, 10 février et 10 mars 2006, du Dr C_____ du 13 février 2006 et de la Dresse B_____ du 10 mars, 13 mars, 1er septembre et 4 décembre 2006 en audience de comparution personnelle).

Nonobstant ce défaut d'information, l'expert conclut lui-même à une capacité de travail dans un premier temps à 50 % puis ensuite à 100 %, en mentionnant que cette dernière "devrait être cependant possible (cf. expertise p. 8) ou encore "est théoriquement possible". Contrairement à l'avis du Dr C_____, l'expert limite la capacité de travail du recourant à 50 % pour commencer non pas en raison de la longue interruption de toute activité professionnelle mais en raison d'une certaine fragilité psychique du recourant (cf. expertise p. 8), soit pour une raison médicale et souligne que la longue interruption précitée justifie d'envisager une formation complémentaire. Enfin, la Dresse B_____ a considéré que l'expert avait vu le patient à une période qu'elle juge être la plus favorable durant ces dernières années.

7. Au vu de ce qui précède, une incapacité de travail de 50 % du recourant, en tous les cas depuis la décision de suspension de rente du 18 janvier 2006, ne fait aucun doute au sens de la jurisprudence précitée. Il n'est est pas de même concernant une incapacité de travail plus importante, question qu'il conviendra d'instruire dans le cadre du litige au fond.

   En conséquence, il apparaît sans doute possible que le recourant pourra au mieux être considéré comme capable de reprendre, depuis 2006, son ancienne activité à 50 %, quitte à ce que l'intimé revoie la situation après une période qui reste à déterminer, afin de vérifier si le recourant peut, par la suite, augmenter son temps de travail.

8. S'agissant d'une reprise à 50 % de son ancienne activité, le taux d'invalidité du recourant se confond avec celui de l'incapacité de travail et correspond ainsi également à un 50 %, lequel donne droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 LAI).

9. La restitution de l'effet suspensif doit donc être partiellement admise dans le sens du rétablissement du droit du recourant à une demi-rente d'invalidité depuis le jour de la suppression de son droit à la rente entière.

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

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préalablement :

2. Admet partiellement la requête en restitution de l'effet suspensif au recours.

3. Restitue partiellement l'effet suspensif au recours dans le sens que le recourant a droit au versement d'une demi-rente d'invalidité depuis le jour de la suppression de sa rente d'invalidité entière.

Au fond :

4. Réserve le fond.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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