

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3303/2006

ATAS/994/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 17 septembre 2007

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; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs.**

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 1^{er} 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 1^{er} 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 l'Hôpital Cantonal, 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 1^{er} septembre 2000, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente mensuelle de fr. 1'769.- dès le 1^{er} 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 D _____ de l'Unité d'alcoologie des "établissement hospitalier", les Drs A _____ et B _____.
13. Le "27 novembre 2001", le Dr D _____ a relevé un "syndrome dépressif chronique, dépendance à l'alcool, lombosciatalgies chroniques en spondylolisthesis 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 spondylolisthesis, un bilan a été pratiqué. L'IRM met en évidence un spondylolisthesis L4-L5 de grade 2 avec conflit disco-radiculaire bilatéral au niveau intersomatique L4-L5. Les clichés standards

fonctionnels montrent une stabilité du spondylolisthesis, 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 D_____.
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 D_____ 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 E _____, 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. DAETER 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 débiter 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 D_____ 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 1^{er} 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 paraît donc inadéquate face à l'état psychique actuel de ce patient, dangereuse pour son équilibre présent, et surtout prêter 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. E _____, 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 assurances 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 1^{er} 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 1^{er} 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 paraît 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 GACH et A_____, ce qui me paraît 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.
42. Par arrêt incident du 12 décembre 2006, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et restitué 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 invalidité entière.
43. Le 20 décembre 2006, la CIA a informé le Tribunal de céans que la procédure de révision avait été confiée au Dr F_____, médecin-conseil adjointe et le Dr JANJIC, médecin-conseil de l'Etat, avait été consulté.
44. Le 21 décembre 2006, l'OCAI a transmis un avis médical du SMR du 18 décembre 2006 signé par la Dresse. G_____ et un avis du Dr C_____ du 19 décembre 2006.

Selon le premier, l'assuré était actif au moins quatre à cinq soirées par semaine en tant que participant ou co-leader aux groupes d'alcooliques anonymes. Son état de santé s'était largement amélioré sur le plan physique et psychique et les médecins s'accordaient pour dire qu'il pourrait à l'avenir reprendre une activité

professionnelle, ce qu'il était capable de faire vu sa participation dans l'unité d'alcoologie. Il est mentionné : "étant donné que l'intensité de la dépression est unanimement reconnue comme atténuée et ne prenant plus de caractère invalidant, que le trouble de la personnalité n'est pas décompensé et qu'il ne peut donc pas non plus être considéré comme portant atteinte à la capacité de travail et que les risques hypothétiques de rechute éthylique voire d'autres problématiques dépressives ou suicidaires ne peuvent être prises en compte dans le sens de la LAI, on retrouve avec pour seul diagnostic à caractère potentiellement invalidant la problématique anxieuse. Les angoisses sont mises en corrélation avec la longue durée de la rente AI ce qui n'est pas *stricto sensu* une maladie invalidante".

Il apparaît judicieux de reconnaître une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} mars 2006 au 28 février 2007.

Quant au second avis, le Dr C_____ relève que "du point de vue médical, la gravité des troubles - avant la décision - n'était plus suffisante pour justifier une incapacité de travail notable. Il semble que ce soit d'avantage pour des raisons ne relevant pas directement de l'AI, à savoir une longue inactivité, qui a fait proposer une reprise progressive du travail (à savoir 50 %)".

45. Le 9 janvier 2007, le recourant a relevé que les réunions des alcooliques anonymes n'étaient pas animées par un médecin ou un co-leader, qu'il ne travaillait pas au sein de l'unité d'alcoologie mais participait au groupe de soutien le lundi entre 17h30 et 18h30 et qu'il lui arrivait d'animer le groupe en l'absence du médecin et qu'il participait de façon variable aux réunions des alcooliques anonymes.
46. Par ordonnance du 6 mars 2007, le Tribunal de céans a confié une expertise psychiatrique au Dr H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
47. Le 5 juillet 2007, le Dr H_____ a rendu une expertise à laquelle était joint un rapport d'examen psychologique de Mme. E1_____, spécialiste en psychologie clinique FSP. L'expertise se fonde, en plus du dossier, sur des entretiens de 85 et 70 minutes en avril et mai 2007, sur l'examen de Mme E1_____, ainsi que sur deux entretiens téléphoniques avec les Drs A_____ et B_____.

L'expert constate que le recourant souffre de personnalité anxieuse (évitante), de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle (en traitement), de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé.

Il relève que "le trouble principal qui entrave la capacité de travail au long cours de l'expertisé est le trouble de la personnalité. Ce trouble a un degré de gravité sévère, puisqu'il entraîne un dysfonctionnement professionnel, relationnel et social, ainsi qu'une comorbidité psychiatrique dépressive et qu'il contribue à générer une

dépendance alcoolique". (...) "Une amélioration à court ou moyen terme n'est pas possible bien au-delà de la situation actuelle. Au mieux, M. D_____ peut arriver à une stabilisation de son état psychique, à un maintien de l'abstinence, à une persistance de la rémission des épisodes dépressifs, à une maîtrise des épisodes anxieux. Il peut avoir un fonctionnement satisfaisant et valorisant dans un milieu tolérant qui ne formule pas d'exigences strictes et qui n'exige pas de responsabilités significatives de sa part. (...) "Monsieur D_____ ne peut exercer d'activité lucrative. Ce ne sont pas obligatoirement les diagnostics posés en tant que tels qui impliquent une incapacité de travail dans son cas, en accord avec les lignes directrices de la SSPA pour l'expertise médicale des troubles psychiques, mais bien plus la sévérité des affections. L'incapacité de travail est actuellement totale, et cela depuis le 15 décembre 1996 (invalidité de 100 % selon décision AI). Monsieur D_____ a connu un effondrement narcissique, suivi d'épisodes dépressifs sévères et d'une dérive alcoolique, dès 1994. La stabilisation de son état psychique qui est survenu ultérieurement ne doit pas tromper sur ses limitations en rapport avec son important trouble de la personnalité. Monsieur D_____ ne peut pas reprendre son activité d'assistant social parce qu'il ne saurait se positionner correctement face à ses clients, face à ses collègues et à ses supérieurs. Monsieur D_____ présente une faible tolérance au stress, une faible tolérance aux conflits, une faible capacité à supporter des responsabilités. Il craint d'être insuffisant et de se trouver en situation d'échec, en rapport avec une mauvaise image de soi, un sentiment d'identité défaillant et négatif, une ancienne blessure narcissique béante. Le pronostic est mauvais sur le plan professionnel et il n'est pas possible de prédire actuellement à partir de quand une activité lucrative pourrait être exigible."

48. Le 7 août 2007, le Dresse G_____ a rendu un avis médical à la suite de l'expertise. Elle relève que celle-ci est conduite avec rigueur et conscience professionnelle et que, selon la conclusion, l'assuré présente une incapacité totale de travail. Elle précise que contrairement à l'avis de l'expert, elle pense qu'il est possible que l'assuré soit à nouveau capable de travailler après recompensation de son trouble de la personnalité et que la situation devra être révisée. Elle relève "étant donné que l'assuré a déjà été capable de travailler dans son passé (horticulteur puis assistant social suite à l'appui de la REA), que son état de santé s'est amélioré depuis septembre 2002 (rapports médicaux consensuels) et qu'il est actif (4-5 soirs par semaine en unité d'alcoologie et projets de développement auprès des alcooliques anonymes), qu'il a envisagé une reprise ou mise à jour par rapport à son métier d'assistant social, l'appréciation de l'expertise du Dr G. H_____, qui mentionne que l'assuré a une incapacité de travail totale et définitive en raison de son trouble de la personnalité (qui est constitutionnel), ne peut être suivie sur ce point".

49. Le 16 août 2007, l'OCAI a transmis l'avis médical de la Dresse G _____ en indiquant qu'il était admis qu'aucune activité professionnelle n'était actuellement exigible du recourant.
50. Le 21 août 2007, le recourant a précisé que contrairement à l'avis de la Dresse G _____ il ne travaillait pas au sein de l'unité d'alcoologie 4 à 5 soirs par semaine mais participait une fois par semaine au groupe de soutien de cette unité et assistait aux réunions des alcooliques anonymes.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 6 mars 2007, le Tribunal de céans a constaté sa compétence et déclaré le recours recevable.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la rente du recourant a été supprimée par décision du 18 janvier 2006. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. L'objet du litige porte sur la question du bien-fondé de la suppression de la rente du recourant le 18 janvier 2006.
4. 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).

5. Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. 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.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66^{2/3} % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).
7. 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

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 LPG), 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).

c) 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).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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).

e) 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'espèce, l'expertise du Dr H_____ remplit toutes les conditions jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu pleine valeur probante. L'intimé l'a d'ailleurs admis, en se référant à l'avis de la Dresse G_____ du 7 août 2007 selon lequel l'expertise était conduite avec rigueur et conscience professionnelle.

Il convient en conséquence de suivre les conclusions de cette expertise judiciaire, selon lesquelles le recourant présente très clairement une incapacité de travail totale depuis le 15 décembre 1996. Enfin, contrairement à l'avis de la Dresse G_____, aucun indice ne permet de retenir actuellement que l'exigibilité professionnelle du recourant peut réapparaître dans des conditions sécurisantes pour lui à 50 %, avec des horaires progressifs. En conséquence, le recourant subissant encore actuellement une invalidité totale, la décision de suppression de sa rente

intervenue le 18 janvier 2006 et confirmée dans la décision sur opposition du 27 juillet 2006 est infondée.

10. a) Au de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et les décisions des 18 janvier et 27 juillet 2006 doivent être annulées.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), 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'AI 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).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule les décisions de l'OCAI des 18 janvier et 27 juillet 2006.
4. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'OCAI.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

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