REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3531/2006 **ATAS/908/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 29 août 2007

En la cause

Monsieur C_____, domicilié , CHENE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître WAEBER Jean-Bernard	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né le 1967, avait entrepris un apprentissage de monteur électricien au CEPIA à Genève, qu'il a interrompu en 1988, avant la fin de la sa formation. Il a exercé diverses activités, telles qu'aide-soignant de 1992 à 1994 dans un EMS ou aide-électricien par l'intermédiaire de sociétés de travail temporaires. Il a travaillé en dernier lieu comme aide-électricien du 20 août 2001 au 28 mars 2002.

2. L'intéressé est suivi depuis 1996 à la Consultation de la rue Verte, Département de psychiatrie, division d'abus de substances, où il a subi un sevrage progressif de méthadone afin d'arrêter la consommation de benzodiazépines. Depuis fin 1999, l'intéressé présente un syndrome d'impatience des membres inférieurs, sévère à l'éveil, un syndrome de mouvements périodiques au cours du sommeil, très sévère, qui ont entraîné un épisode dépressif pour lequel il reçoit un traitement médicamenteux et bénéficie d'un suivi psychothérapeutique. Un arrêt de travail à 100 % a été prescrit depuis le mois de février 2002.

3. Le 4 juillet 2002, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité(ci-après OCAI), en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession.

4. La Dresse A_____, médecin adjointe agrégée du Laboratoire du sommeil de la clinique de psychiatrie pour adulte, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 16 juillet 2002 dans lequel elle a posé le diagnostic d'insomnie lié à un syndrome des jambes sans repos depuis 1988. Elle a constaté une dépression et mentionné que l'état de santé s'aggrave. La capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles sont indiquées.

5. Dans un rapport établi à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 10 octobre 2002, le Dr B_____, médecin-chef de clinique auprès de la Consultation de la rue Verte, Département de psychiatrie, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité dissociale depuis dix ans, épisode dépressif moyen et trouble anxieux depuis deux ans, un syndrome d'impatience des membres inférieurs et supérieurs à l'éveil, sévère, depuis cinq ans et un syndrome de mouvements périodiques au cours du sommeil, sévère, depuis cinq ans également. Il présente en outre des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis. L'incapacité de travail est de 100 % depuis février 2002.

   Dans un rapport détaillé annexé, le Dr B_____ relève que la scolarité obligatoire est décrite comme médiocre, que l'intéressé était agité, ne comprenait pas grand-chose et n'arrivait pas à faire ce qu'on lui demandait, raison pour laquelle il explique avoir redoublé à plusieurs reprises sa scolarité obligatoire. Il a arrêté sa scolarité en huitième année alors qu'il avait seize ans. Après une année de préapprentissage, il a débuté un apprentissage d'électricien en 1984, qu'il a

interrompu en 1988, sans avoir obtenu de CFC. En raison de ses problèmes de toxicomanie, il a passé deux années en prison. A sa sortie, il a consommé de l'héroïne et a suivi une cure de méthadone chez le Dr C_____. Jusqu'en 1998, il a fait un sevrage à la méthadone, progressif, et depuis septembre 1998, il est abstinent de drogues et de méthadone; en revanche, la consommation de cannabis se poursuit de façon continue. En décembre 2000, la Dresse A_____ a procédé à des enregistrements poly-somnographiques qui ont confirmé la présence d'un syndrome d'impatience des membres inférieurs à l'éveil et de mouvements périodiques au cours du sommeil entraînant une fragmentation et une discontinuité du sommeil importante. En mars 2001, un nouveau tracé polysomnographique a mis en évidence la persistance du syndrome d'impatience des membres inférieurs à l'éveil sévère, ainsi qu'un syndrome de mouvements périodiques au cours du sommeil avec un index très élevé. Un traitement a été mis en place, avec un succès plutôt mitigé. Le patient se plaint d'épuisements fréquents, résultat de nuits de sommeil courtes et entrecoupées de réveils fréquents causés par les secousses musculaires. Il se plaint également d'une baisse de la vigilance, d'un manque important de la concentration ainsi que de troubles de la mémoire et une faiblesse au niveau des membres inférieurs. Le médecin a constaté que le patient était collaborant, souvent tendu, anxieux par moment, la concentration est abaissée et il a des difficultés de compréhension, à la limite de la confusion. L'humeur est dépressive avec une perte de l'énergie et une augmentation de la fatigabilité. Le médecin mentionne une diminution importante de l'appétit, un sentiment injustifié de culpabilité et des troubles du sommeil. Dans la vie relationnelle, le patient manifeste une incapacité à maintenir durablement une relation avec autrui, il a une très faible tolérance à la frustration associée à un seuil bas concernant l'agressivité, voire la violence. Le patient évoque souvent qu'il vit en marge de la société et manifeste un mépris vis-à-vis des normes, des règles et des obligations sociales. Il n'y a pas de symptôme de la lignée psychotique. L'état psychique du patient nécessite actuellement un suivi psychothérapeutique et psychiatrique. Le pronostic est pour l'instant mitigé, car le syndrome d'impatience des membres inférieurs et supérieurs contribue largement à son instabilité psychiatrique. Le patient serait tout à fait disposé à s'investir dans une activité d'éducateur pour jeunes avec un horaire adapté à son trouble physique et psychique.

6. Du 15 mai 2002 au 19 mai 2002, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique de Belle-Idée pour un trouble dépressif majeur récurrent ainsi que de traits de personnalité antisociale. Il a été admis en entrée volontaire sur la base d'un certificat du Dr B_____ pour une symptomatologie dépressive et un état d'épuisement dans un contexte d'une inversion du rythme nycthéméral depuis plusieurs semaines, en lien avec son syndrome d'impatience des membres inférieurs.

7. Dans un rapport du 1er juin 2004, le Dr B_____ indique que le syndrome de mouvements périodiques s'est aggravé et que l'incapacité de travail est de 100 %. Répondant au questionnaire en cas de toxicomanie, ce médecin mentionne que la

toxicomanie est la conséquence importante d'une atteinte à la santé, à savoir un état dépressif et des traits de personnalité antisociale depuis l'adolescence. La toxicomanie a causé un dommage mental important, à savoir un état dépressif moyen. Le patient est abstinent de drogues depuis six ans; il consomme toutefois du cannabis à raison d'un joint par jour.

8. Dans un rapport du 7 juillet 2004 adressé au SMR, la Dresse A_____ a confirmé que le patient était suivi au Laboratoire pour un syndrome des jambes sans repos à l'éveil sévère et un syndrome des mouvements périodiques au cours du sommeil. Cette pathologie apparaît relativement résistante aux traitements et engendre une diminution partielle de la capacité du travail en raison de la dette du sommeil liée à l'insomnie. Cette diminution de la capacité de travail pourrait être aussi influencée par l'important état anxieux dépressif présenté par le patient. La capacité résiduelle de travail est, à son avis et sur la base uniquement de renseignements concernant la pathologie du sommeil, d'au moins 75 %, cette pathologie ne déterminant aucune limitation fonctionnelle. La Dresse A_____ précise toutefois que le contexte psychologique partiellement psychiatrique du patient pourrait interférer sur la réelle capacité de travail résiduelle et sur les limitations fonctionnelles.

9. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique de l'assuré qu'il a confiée au Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Lausanne.

10. Dans son rapport établi en date du 3 juin 2005, l'expert indique qu'il a eu un entretien avec l'assuré le 22 mars 2005 et qu'il lui a fait passer des tests psychométriques les 24 février et 22 mars 2005. Sur les axes I et II, il a retenu les diagnostics de dysthymie, trouble somatoforme indifférencié, dépendance à l'héroïne (actuellement abstinent) et de personnalité immature à traits sociopathiques. Sur l'axe IV, il évoque des carences affectives, une maltraitance psychologique durant l'enfance, ainsi que des difficultés professionnelles et économiques. Dans la discussion, l'expert relève que l'enfance de l'expertisé est marquée par des conditions préjudiciables à un développement psychoaffectif normal. Il paraît d'emblée comme un enfant perturbé psychologiquement, ce qui s'est manifesté par un éventuel syndrome d'hyperactivité ou en tout cas par une certaine agitation, des problèmes de comportement, d'attention à l'école ainsi qu'une forme d'anxiété se manifestant par des symptômes somatiques. A l'adolescence, l'expert note une rupture violente de l'expertisé avec le milieu familial; rejeté par sa mère une nouvelle fois, il est placé en foyer. Suit une dérive polytoxicomaniaque avec des conséquences importantes, dont deux ans d'incarcération. Du point de vue psychopathologique, l'expertisé semble avoir présenté probablement soit un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, soit un état dépressif de gravité moyenne entre 2001 et 2002. Selon l'expert, sous traitement bien conduit, l'évolution du trouble thymique paraît en grande partie favorable, puisqu'il persiste actuellement tout au plus un fond dysthymique qui ne semble pas gravement entraver le

fonctionnement extra-professionnel du sujet, sa vie affective et sociale ou bien l'accomplissement de ses différents loisirs qui paraissent préservés. L'expert a conclu que rétrospectivement, l'état dépressif majeur sur fond de trouble de la personnalité pouvait justifier une incapacité de travail supérieure à 70 % jusqu'au 31 décembre 2004 au plus tard, mais qu'actuellement, au regard du fond dysthymique et des plaintes somatiques atypiques, il ne paraît pas justifié de reconnaître à l'assuré une incapacité de travail supérieure à 23 %. Ainsi, dès le 1er janvier 2005, l'assuré peut exercer son ancienne activité à 70 %, sans diminution de rendement.

11. Par courrier du 9 septembre 2005, l'OCAI a demandé à l'expert quel élément médical objectif empêchait une pleine capacité de travail chez l'assuré à compter de janvier 2005. Le Dr D_____ a répondu que c'est en raison de la vulnérabilité de la personnalité, ajoutant : "De notre point de vue, capacité de travail de 75 à 100 % dès 1.1.2005 dans son ancienne activité y compris".

12. Dans son rapport final du 7 novembre 2005, le Service médical régional de l'assurance-invalidité SMR Rhône mentionne que les troubles psychiques ont été graves et ont justifié une incapacité de travail totale de mars 2002 à fin décembre 2004. Depuis janvier 2005, il considère que la capacité de travail est de 75 à 100 % dans toute activité, y compris celles exercées antérieurement, et ce en raison d'une personnalité fragile.

13. Par décision du 21 novembre 2005, l'OCAI a refusé à l'assuré le droit à un reclassement, au motif qu'il dispose d'une capacité de travail de 75 à 100 % dans ses activités antérieures d'aide-électricien ou d'aide-soignant depuis la fin décembre 2004. Selon l'OCAI, son incapacité de gain est fixée à 13 % depuis cette date et il ne présente aucune limitation liée à son état de santé qui l'entraverait dans la recherche d'un emploi.

14. Par décision du 17 mars 2006, l'OCAI a accordé à l'intéressé une rente entière d'invalidité pour la période du 1er avril 2003 au 31 mars 2005, soit trois mois après la date depuis laquelle une capacité de travail et de gain de 87.5 % lui a été reconnue.

15. L'assuré a formé opposition en date du 25 avril 2006, au motif que son état de santé ne s'est pas amélioré et que ce qui justifiait l'octroi d'une rente rétroactive d'invalidité est toujours présent et l'handicape fortement pour développer une activité professionnelle.

16. Par décision du 28 août 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, se référant aux conclusions de l'expertise du Dr D_____.

17. L'assuré, représenté par son mandataire, interjette recours le 28 septembre 2006. Il fait valoir qu'il présente un trouble neurologique, à savoir un syndrome

d'impatience sévère touchant les membres inférieurs et supérieurs, et qu'il souffre en outre de dépression. Il n'est pas en mesure d'exercer une activité professionnelle d'électricien ou d'aide-soignant. Il a sollicité un délai pour compléter son recours et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

18. Dans ses écritures complémentaires du 18 décembre 2006, le recourant relève que le Dr B_____ s'est prononcé tout à fait clairement sur son état de santé ainsi que ses conséquences sur la capacité de travail, qui est nulle. Quant à la Dresse A_____, elle a indiqué dans son rapport du 7 juillet 2004 que la capacité de travail serait de 75 %, ceci uniquement sur la base de la pathologie du sommeil, expliquant que l'important état anxieux dépressif pourrait interférer sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Il conteste par ailleurs les conclusions du Dr D_____, soulignant que l'expertise se serait mal déroulée en raison de l'attitude choquante de l'expert et de la façon peu respectueuse dont il l'a traité. Contrairement à ce que soutient l'expert, il n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 2002. Enfin, il relève que les compétences de l'expert mandaté par l'OCAI ont été remises en cause par 64 médecins et soignants vaudois, dont de nombreux chefs de cliniques et responsables, dans une lettre de juillet 2002 rendue publique par les médias. Il reproche à l'expert d'avoir été subjectif dans la discussion, notamment en ce qui concerne la capacité de travail et des motifs pour lesquels il s'est écarté de l'appréciation de son médecin traitant, chef de clinique du Service d'abus de substances, Unité de toxicodépendances, qui n'a pas la réputation de distribuer des rentes aux patients. Il produit un certificat du Dr B_____ reçu le 18 décembre 2006, qui rappelle que son rapport d'expertise AI du 10 octobre 2002 résulte d'un suivi de plusieurs années, ce qui lui permet d'avoir le recul nécessaire pour se positionner en son âme et conscience en faveur d'une rente AI à 100 %. Il réaffirme haut et fort que l'état psychiatrique de son patient requiert pour l'instant une rente AI à 100 %. Cette rente ne le dispense pas de poursuivre ses efforts vers une tentative de réinsertion sociale, qu'il encourage. Le médecin relève encore que la conclusion du rapport d'expertise du Dr D_____ lui paraît être plutôt contre-productive et ne facilite pas du tout le travail de fond qu'il poursuit avec son patient. Pour le recourant, il ne saurait être question de se fonder sur l'affirmation de l'expert selon laquelle "l'on ne peut accepter qu'il se satisfasse d'une situation de non actif" pour lui refuser une rente. Il considère par ailleurs que la remarque faite par l'expert à l'endroit du Dr B_____ qui "peinerait à avoir une vision plus critique de son patient" est outrageante. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité complète.

19. Dans sa réponse du 8 février 2007, l'OCAI persiste dans ses conclusions. Concernant les griefs soulevés par le recourant à l'encontre du Dr D_____, il rappelle que le Tribunal fédéral des assurances a relevé qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur l'aptitude professionnelle de ce praticien qui est toujours titulaire du titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

20. Cette écriture a été communiquées au recourant en date du 24 avril 2007.

21. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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.

2. La 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, le droit à une rente d'invalidité a pris naissance en 2003. Il s'ensuit que tant les dispositions matérielles que de procédure de la LPGA s'appliquent.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. L'objet du litige consiste à déterminer si la suppression de la rente entière d'invalidité du recourant au 31 mars 2005 est justifiée.

5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.).

   Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Il convient de relever que cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas

matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88*a* al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

   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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte

à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

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

   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).

   Enfin, s'agissant de 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. a) En l'espèce, il résulte des pièces du dossier et plus particulièrement des rapports du Dr E_____ que le recourant souffre d'un trouble de la personnalité dissociale F 60.2, d'un épisode dépressif moyen F 32.1 et d'un trouble anxieux F 41.9. A ces diagnostics psychiatriques s'ajoutent un syndrome d'impatience des membres inférieurs et supérieurs à l'éveil ainsi qu'un syndrome de mouvements périodiques au cours du sommeil, qualifié également de sévère. Selon le médecin traitant, l'incapacité ce travail est totale depuis le mois de février 2002. Par ailleurs, il y a lieu de relever que le recourant a été hospitalisé à la Clinique de Belle-Idée en mai 2002, pour un trouble dépressif majeur récurrent. Dans le résumé du séjour, la Dresse F_____, chef de clinique adjoint, a mentionné comme autre diagnostic des traits de personnalité antisociale classé sous chiffre F 60.2 de la CIM-10.

   Concernant le syndrome des jambes sans repos et des mouvements périodiques au cours du sommeil, la Dresse A_____ a indiqué que cette pathologie, résistante aux traitements, engendre une diminution partielle de la capacité de travail, à savoir de 25 %, tout relevant que le contexte psychologique partiellement psychiatrique du patient pourrait interférer sur la réelle capacité de travail résiduelle et les limitations fonctionnelles.

   Toutes ces pathologies ont entraîné une incapacité de travail de 100 % depuis le mois de février 2002, ce que l'intimé a admis en octroyant au recourant une rente entière d'invalidité.

   b) L'intimé s'est ensuite fondé sur l'expertise du Dr D_____ et l'avis du SMR pour conclure que le recourant présente depuis la fin de l'année 2004 une capacité de travail de 75 à 100 % dans ses activités antérieures d'électricien ou d'aide-soignant aboutissant à un degré d'invalidité (arrondi) de 13 %, raison pour laquelle il a supprimé la rente entière d'invalidité au 31 mars 2005. Il convient en conséquence d'examiner si le taux d'invalidité du recourant s'est modifié de façon notable, à savoir si les circonstances qui ont prévalu à l'octroi de la rente entière d'invalidité se sont modifiées dans une mesure justifiant sa suppression.

   En annexe à son rapport médical du 10 octobre 2002, le Dr B_____ a établi un rapport complet et circonstancié. Il a décrit un patient collaborant, souvent tendu, anxieux, avec par moment une concentration abaissée, mêlée à des difficultés de compréhension, à la limite de la confusion. L'humeur est dépressive, le patient présente une perte de confiance en lui, une diminution importante de l'appétit, un sentiment injustifié de culpabilité et des troubles du sommeil. Le médecin a relevé également une très faible tolérance à la frustration, une vie en marge de la société et un mépris vis-à-vis des règles et des obligations sociales. Il a

également objectivé durant l'entretien les secousses musculaires des membres inférieurs et supérieurs; il a expliqué que ce syndrome contribue largement à l'instabilité psychiatrique du patient. L'état psychique de son patient nécessite un suivi psychothérapeutique et psychiatrique et entraîne une incapacité de travail totale. Dans ses rapports ultérieurs des 12 mai 2004 et 1er juin 2004, le Dr B_____ a précisé que l'état de santé du patient ne s'était pas amélioré; s'agissant du syndrome de mouvement périodique, il y avait une aggravation. Du point de vue somatique, la Dresse A_____ n'a, elle non plus, pas noté d'amélioration.

Le Tribunal de céans constate que le rapport détaillé du médecin traitant est complet, qu'il décrit la situation médicale du point de vue psychiatrique, que ses conclusions sont claires et convaincantes, de sorte qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

S'agissant de l'expertise psychiatrique ordonnée par l'intimé, le recourant considère qu'elle ne se justifiait pas, au vu des conclusions claires et convaincantes du Dr B_____. Pour le surplus, il estime qu'elle n'a pas valeur probante, dès lors que les compétences du Dr D_____ ont été sérieusement mises en doute par de très nombreux médecins et ont fait l'objet d'une polémique dans les médias en juillet 2002.

A propos de ce dernier grief, le TFA a jugé que l'expert en question est titulaire du titre de spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie et qu'il n'appartient pas au juge des assurances sociales de se prononcer sur l'aptitude professionnelle de ce médecin (ATFA du 19 mars 2003 I 702/02) Au surplus, cette "dénonciation d'incompétence" ne permet pas de démontrer que l'appréciation médicale du Dr D_____ est, dans le cas concret, entachée de partialité. Il convient en effet de rappeler que pour juger de la valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise, il y a lieu de se référer à son contenu, qui est seul déterminant. Quant au point de savoir si une telle expertise était opportune, le Tribunal de céans relève que l'intimé était habilité, dans le cadre de l'instruction du dossier, à l'ordonner.

c) Reste à examiner si le rapport d'expertise a valeur probante ou non et si les conclusions du Dr D_____ peuvent être suivies.

Tout en relevant la vulnérabilité de la personnalité du recourant, l'expert s'est penché sur la question de savoir si le dysfonctionnement de la personnalité était susceptible de justifier à lui seul une incapacité de travail substantielle. A cet égard, il a relevé que ledit trouble n'avait pas empêché l'assuré d'exercer de petits mandats professionnels par-ci, par-là et qu'il paraît s'être stabilisé depuis une dizaine d'années tant au niveau affectif, social que de son lieu de vie. De son point de vue, l'évolution régressive avec fixation psychosomatique paraît être plus une forme d'accoutumance du sujet à sa situation actuelle que véritablement l'expression d'une

aggravation de sa pathologie sous-jacente, autrement dit une décompensation de son trouble de la personnalité. Ainsi, le recourant devrait pouvoir rapidement valoriser sa capacité de travail résiduelle par la reprise d'un emploi de son choix. Le Dr D_____ justifie la différence d'appréciation entre le médecin-traitant et l'expert par le fait que ce type de sujets très immatures ont tendance à majorer leurs difficultés et peuvent se montrer volontiers séducteur dans la relation thérapeutique. Par conséquent, le médecin traitant, qui par définition, fait le postulat de sincérité de son patient, peine à avoir une vision plus critique, notamment s'agissant de la capacité de travail sous peine d'un risque de rupture majeure du lien thérapeutique, ce qui n'est pas souhaitable.

Le Tribunal de céans constate que si le rapport d'expertise est complet et détaillé, ses conclusions sont en revanche plus nuancées. En effet, l'expert n'a pas manqué de relever que le pronostic à moyen et long terme reste précaire vu la personnalité du recourant, ce type de sujets étant très réactifs et sensibles à la qualité de leur environnement psychosocial et affectif, et qu'il n'est pas impossible que d'ici quelques années, ce cas réapparaisse dans les dossiers de l'assurance-invalidité. D'autre part, l'expert n'a pas retenu le trouble de la personnalité dans ses diagnostics psychiatriques, au motif que ledit trouble n'avait pas empêché le recourant de travailler. Or, il résulte de l'anamnèse du rapport d'expertise que précisément, depuis mars 2002, le recourant ne travaille plus et que les activités exercées auparavant consistaient en de "petits boulots", l'insertion professionnelle restant toujours en partie marginale. D'autre part, selon les tests, le recourant présente une très forte anxiété, alors que ce diagnostic n'a pas été retenu par l'expert, au motif qu'il ne remplit pas les critères du DMS-IV. S'agissant du diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, ce diagnostic n'a pas été évoqué par les autres médecins. Ils ont en revanche expliqué que la fatigue et l'insomnie sont des conséquences du syndrome neurologique. Enfin, l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail résiduelle est pour le moins évasive. Ces éléments laissent planer un doute quant à la valeur probante de l'expertise.

Quoi qu'il en soit, même si l'on ne saurait dénier toute valeur probante à l'expertise, force est de constater que les conclusions des médecins psychiatres sont totalement contradictoires quant à l'appréciation de la gravité du trouble de la personnalité du recourant. Alors que l'expert retient une dysthymie dès le début de l'année 2005, les Dr A_____ et B_____ n'ont pour leur part relevé aucune amélioration, soulignant au surplus que le trouble de la personnalité peut se modifier avec l'apparition du syndrome neurologique. Enfin, en décembre 2006, le Dr B_____ a confirmé que l'état de santé psychiatrique du recourant justifie pour l'instant l'octroi d'un rente entière d'invalidité.

En l'état actuel du dossier, en présence de conclusions contradictoires des psychiatres quant à l'appréciation de la gravité du trouble de la personnalité du recourant, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de statuer. Il importe en effet de

savoir si l'état de santé psychiatrique du recourant, qui a justifié une rente entière d'invalidité depuis mars 2003, s'est réellement amélioré au début de l'année 2005.

Le recours sera en conséquence partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une autre expertise psychiatrique et rende une nouvelle décision qui devra tenir compte de l'ensemble des pathologies (psychiatrique et neurologique).

9. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 1'000 francs (art. 89H al. 3 LPA). Un émolument de 400 francs est mis à charge de l'OCAI, qui succombe (art. 68 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er juillet 2006).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Confirme le droit à la rente entière d'invalidité pour la période du 1er mars 2003 au 31 mars 2005.

4. Pour la période postérieure, renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

5. Condamne l'OCAI à payer à Monsieur C_____ la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

6. L'émolument, fixé à 400 fr., est mis à la charge de l'OCAI.

7. 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
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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