

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3882/2007

ATAS/278/08

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 3 mars 2008

En la cause

Monsieur M_____, domicilié au LIGNON

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. Monsieur M_____, de nationalité suisse, originaire du Maroc, entré en Suisse en novembre 1987, est marié et père de deux enfants nés en 1991 et 1994
2. L'assuré a travaillé comme aide de cuisine du 5 janvier au 24 septembre 1988, comme aide-magasinier, du 28 septembre 1988 au 31 juillet 1989, comme magasinier-préparateur du 1^{er} février 1989 au 23 mars 1990, comme aide de cuisine et nettoyeur de nuit du 1^{er} octobre 1991 au 31 décembre 1992, comme nettoyeur de nuit du 3 janvier 1994 au 30 juin 1999 et comme aide-cuisinier du 4 septembre 2001 au 4 juin 2002 dans le cadre des mesures cantonales de l'assurance-chômage.
3. Selon la conclusion d'une électroneuromyographie du 13 octobre 2003, l'examen ne confirme pas dans l'absolu la présence d'une myopathie mais en suggère la possibilité avec ces quelques potentiels polyphasiques et seule une biopsie musculaire permettrait d'avancer dans le diagnostic. Cette biopsie pourrait être motivée par les douleurs musculaires, l'augmentation des CK, la grande fatigue, la réponse transitoire aux stéroïdes et finalement les quelques potentiels polyphasiques.
4. Le 18 décembre 2003, la division de pathologie clinique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a rendu un rapport histologique à la suite d'une biopsie d'un muscle du 5 décembre 2003 effectuée par le Dr A_____, FMH chirurgie, et conclut à un diagnostic de myopathie dystrophique. Elle relève que *« l'aspect histologique est suggestif d'une myotonie dystrophique (maladie de Steinert) ; un examen électromyographique et d'autres examens en vue de vérifier cette hypothèse sont souhaitables »*.
5. Le 5 mars 2004, l'assuré a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité en invoquant des douleurs présentes depuis 1996 et une maladie myopathie dystrophique diagnostiquée en 2003.
6. Le 19 mars 2004, le Dr B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique une myopathie dystrophique (maladie de Steinert) entraînant une incapacité de travail totale dès le 1^{er} avril 2003. On ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. La maladie musculaire était dégénérative et l'état allait évoluer négativement. Il suivait le patient depuis le 3 septembre 2003. Un traitement de corticoïde lui était administré.
7. Le 5 avril 2004, le Dr C_____, médecin répondant de la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA, a rempli un rapport médical AI dans lequel il déclare suivre l'assuré depuis le 5 février 1998 et diagnostique une maladie de Steinert (depuis septembre 2003), un ancien syndrome vertébral cervico-dorso-lombaire, un asthme bronchique depuis février 1998, une poussée récurrente d'état

dépressif depuis avril 2002 et des gonalgies gauches intermittentes depuis le 20 septembre 1994.

L'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} avril 2003 dans toute activité. Il relève ce qui suit : *« patient se plaignant de douleurs musculaires depuis ses premières consultations en 1998. Ces douleurs ont été attribuées à un syndrome vertébral cervico-dorso-lombaire chronique. Un contrôle des CPK après prise d'antilipémiant a montré une valeur très élevée intéressant une rhabdomyolyse. Biopsie musculaire confirmant une maladie de Steinert. Parallèlement, gonalgies ayant nécessité une arthroscopie il y a une dizaine d'année. Dépression avec trouble de l'humeur sévère (pleure) en partie à cause de l'épouse qui présente une épilepsie sévère. Enfin, crise d'asthme invalidante par intermittence avec surinfection fréquente »*. Le pronostic était sombre et l'état de santé s'aggravait.

8. Par décision du 8 juillet 2005, l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) a remis en prêt à l'assuré un appareil acoustique.
9. Le 14 octobre 2005, le Dr B_____ a rendu un rapport médical à la demande de l'OCAI. Il relève que l'évolution de la maladie sous Prednisone était stable. L'assuré se plaignait encore de faiblesse musculaire et de fatigue et présentait depuis fin 2004 un état dépressif sévère dû à des graves problèmes de couple. La capacité de travail était nulle dans toute activité. Il ne pouvait plus porter des charges de plus de 5 kilos, ni rester debout plus de 10 minutes. Il avait de la peine à monter et descendre et à se concentrer et restait des journées entières chez lui sans bouger. Les dorsalgies étaient liées à la myopathie.
10. Le 7 novembre 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en raison d'un problème oculaire.
11. Le 7 février 2006, le Dr D_____, ophtalmologue FMH, a diagnostiqué une cataracte des deux côtés depuis octobre 2005. Il traitait l'assuré depuis le 31 octobre 2006 et relevait une vision 0,5 des deux côtés, non améliorable. Il avait opéré le patient le 18 janvier 2006.
12. Le 25 avril 2006, les Drs E_____ et F_____, respectivement chef de service et chef de clinique au service de neurologie du CHUV, ont rendu, à la demande de l'OCAI, une expertise neurologique, fondée sur une consultation de l'assuré du 27 mars 2006.

Ils relèvent que *« depuis 2003, le patient se plaint de fatigue généralisée, de difficultés à se mouvoir, il ressent des douleurs dans les muscles et les jambes, surtout proximale, au niveau des cuisses et des épaules. L'apparition a été insidieuse sur plusieurs mois, avec difficulté initiale à porter des charges lourdes, à monter les escaliers, mais sans qu'il soit vraiment limité. Il ressent des douleurs à la mobilisation mais également au repos, douleurs légères, profondes, mais sans*

crampes ni lâchages. Le patient ne ressent pas de troubles sensitifs, notamment de parésie, de brûlure au niveau des mains et des pieds. Il peut marcher une heure mais relativement lentement. Il se dit handicapé dans toutes les positions, mais avec une aggravation en position debout. Les douleurs sont présentes toute la journée, et s'aggravent légèrement le soir. Parallèlement, le patient se sent déprimé, avec une procédure de divorce en cours d'avec son épouse. Il signale d'importantes difficultés avec ses enfants qui ont des problèmes avec l'intégration scolaire nécessitant un placement en foyer. Cette situation semble le préoccuper passablement. Depuis 2 ans, le patient se plaint, depuis l'introduction de la Prednisone, de troubles visuels avec le sentiment de voir à travers un plastique. Il bénéficie de deux opérations de la cataracte en janvier, puis en mars 2006. Il décrit également des troubles de l'audition depuis la naissance, s'aggravant progressivement et nécessitant un appareillage effectué en juin 2005 au niveau de l'oreille gauche (...). L'anamnèse de votre patient avec symptômes de faiblesse très invalidants contraste avec un examen neurologique normal. La relecture de la biopsie musculaire effectuée en décembre 2003 n'apporte aucun argument pour une dystrophie. De même l'examen moléculaire ne montre aucune expansion pathologique pouvant faire évoquer une maladie de Steinert. En revanche, nous avons constaté plusieurs éléments en faveur d'un état dépressif avec anhédonie, insomnie et fatigue pour lequel un traitement psychiatrique antidépresseur pourrait être envisagé après un bilan psychiatrique. Sur le plan thérapeutique, nous recommandons un sevrage progressif de la Prednisone » .

Il n'y avait aucun élément en faveur d'une pathologie neurologique notamment musculaire. Le patient ne présentait aucune limitation liée à une pathologie neurologique. En revanche, un bilan psychiatrique méritait d'être entrepris afin de bilancer l'état dépressif. Il n'y avait pas, du point de vue neurologique, de réduction de la capacité de travail mais celle-ci pouvait exister du fait d'une atteinte psychiatrique.

13. Le 22 mars 2007, le Dr G_____, du SMR, a retenu une pleine capacité de travail de l'assuré dans toute activité. Il était renoncé à investigation de l'état dépressif qui était réactionnel à des facteurs psychosociaux.
14. Par projet de décision du 4 juin 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.
15. Le 24 juin 2007, le Dr B_____ a écrit à l'OCAI que l'assuré avait développé une maladie musculaire X avec une importante augmentation des enzymes musculaires et continuait de prendre de la cortisone qui avait permis de régulariser la situation. Il proposait d'arrêter progressivement le traitement sur trois à quatre mois pour être certain des conclusions de l'expertise.
16. Le 27 juin 2007, le Dr G_____ a estimé que le courrier du Dr B_____ ne contenait aucun élément permettant de revenir sur l'appréciation du 22 juillet 2007.

17. Le 27 juin 2007, l'assuré, par l'intermédiaire d'un avocat, a informé l'OCAI qu'il était suivi depuis six mois par une psychiatre, la Dresse H_____.
18. Le 7 juillet 2007, la Dresse H_____ a rendu un rapport médical dans lequel elle diagnostique un trouble délirant (F 22.0). L'état général s'était amélioré sous traitement pharmacologique. Une expertise intégrant le problème psychiatrique et somatique lui semblait nécessaire. Elle avait suivi le patient du 15 novembre 2006 au 4 décembre 2006, puis dès le 26 juin 2007. Un pronostic n'était pas faisable actuellement car elle n'avait vu le patient que quatre fois en sept mois.
19. Par décision du 20 septembre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.
20. Le 17 octobre 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation, à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée et à ce qu'il soit mis au bénéfice de prestations de l'AI.

Il était actuellement suivi d'un point de vue psychiatrique par la Dresse I_____. L'expertise du CHUV avait souligné la nécessité d'un bilan psychiatrique. Par ailleurs, cette expertise était en contradiction avec le constat médical du 5 décembre 2003 faisant suspecter une myopathie dystrophique ou myotonie dystrophique.
21. Le 1^{er} novembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
22. A la demande du Tribunal de céans, le Dr B_____ a donné des renseignements le 26 novembre 2007 sur l'état de santé du recourant.

Celui-ci continuait à prendre de la cortisone quotidiennement. Ce traitement n'avait pas pu être arrêté en raison de l'augmentation des douleurs. D'autres investigations n'étaient pas nécessaires. Il n'avait pas de critique à l'encontre de l'expertise du CHUV mais il constatait que le recourant présentait toujours un syndrome inflammatoire et se plaignait de douleurs musculaires augmentant à l'effort et au port de charges. Il n'avait pas de diagnostic précis à proposer et considérait que le recourant était en incapacité de travail totale depuis le 3 septembre 2003, date de sa prise en charge en raison de problèmes somatiques.
23. Le 21 janvier 2008, la I_____ a informé le Tribunal de céans qu'elle n'avait aucune information concernant le recourant.
24. Le 1^{er} février 2008, le recourant a écrit qu'il ne connaissait pas non plus la Dresse I_____ et que son médecin était le Dr A_____, qui l'avait opéré.
25. Le 7 février 2008, la Dresse H_____ a informé le Tribunal de céans qu'elle n'était pas déliée du secret médical et qu'elle n'avait rien à ajouter à son rapport du 6 juillet 2007.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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 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 demande de prestations a été déposée le 5 mars 2004. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. a) Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.
 - b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 4 juin 2007, qui a été confirmé par la décision du 20 septembre 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 17 octobre 2007.
 - c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

5. 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).
6. a) 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.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

7. 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 1er 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).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas

contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

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).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. a) En l'espèce, d'un point de vue somatique, l'expertise neurologique des Drs E_____ et F_____ répond à toutes les exigences jurisprudentielles pour

qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle est d'ailleurs confirmée par le médecin-traitant du recourant, le Dr B_____, lequel relève, le 26 novembre 2007, qu'il n'a pas de critique à faire par rapport à cette expertise et que les investigations médicales effectuées sont bien faites et exhaustives, de telle sorte qu'aucun autre examen médical ne lui paraît nécessaire.

Le recourant se borne à cet égard à relever que l'expertise serait en contradiction avec le constat médical du 5 décembre 2003 faisant suspecter une myopathie dystrophique ou une myotonie dystrophique. Or, le résultat de la biopsie musculaire du 5 décembre 2003 était en possession des experts, lesquels l'ont pris en considération et discuté pour exclure finalement le diagnostic de dystrophie et de maladie de Steinert.

Pleinement convaincante, l'expertise précitée ne peut qu'être confirmée. Il y a lieu en conséquence de conclure que, d'un point de vue neurologique, il n'y a pas de réduction de la capacité de travail du recourant.

b) En revanche, force est de constater que l'instruction médicale est, d'un point de vue psychiatrique, lacunaire. En effet, l'expertise des Drs E_____ et F_____ relève qu'il existe plusieurs éléments en faveur d'un état dépressif, lequel pourrait entraîner une diminution de la capacité de travail et justifiait qu'un bilan psychiatrique soit effectué. Cette conclusion va dans le même sens que d'autres avis médicaux au dossier, soit celui du Dr C_____ du 5 avril 2004, lequel constate une poussée récurrente d'état dépressif et un trouble de l'humeur sévère, celui du Dr B_____ du 14 octobre 2005, lequel relève qu'il existe un état dépressif sévère et enfin celui de la Dresse H_____ du 7 juillet 2007, confirmé le 7 février 2008, laquelle mentionne que le recourant souffre d'un trouble délirant et qu'une expertise psychiatrique est nécessaire.

On ne saurait ainsi, au vu des avis médicaux susmentionnés, confirmer l'appréciation du Dr G_____ du SMR, lequel estime, sans investigation psychiatrique, que l'état dépressif du recourant est uniquement réactionnel à des facteurs psychosociaux.

En conséquence, il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en ordonnant une expertise psychiatrique, auprès d'un expert indépendant.

Le recours sera donc partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée.

10. 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 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (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 partiellement.
3. Annule la décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 20 septembre 2007.
4. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
5. Met un émolument de 500 fr. à charge de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.
6. 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

Florence SCHMUTZ

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