REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4358/2006 **ATAS/596/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 30 mai 2007

En la cause

Monsieur A_____, domicilié , 1205 GENEVE	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Florence BRUTSCH et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le 1948, a travaillé comme courtier en bourse et conseiller financier auprès de X_____ à Genève, depuis avril 1972. En raison d'un état anxio-dépressif aigu sévère, l'assuré a été en incapacité de travail variant entre 50 et 100% à compter du 12 avril 2002. Le 31 mars 2003, l'employeur de l'assuré a fermé ses bureaux de Genève et procédé à un licenciement collectif avec effet au 30 avril 2003.

2. Le 20 février 2003, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), qui a abouti à une décision de refus de rente en date du 27 avril 2004. L'OCAI a admis que depuis le 12 avril 2002, l'assuré a présenté une capacité de travail considérablement restreinte, mais a relevé qu'il avait recouvré une capacité de travail totale dès le 1er avril 2004 (recte : 1er avril 2003). Il s'est fondé sur l'expertise réalisée le 11 février 2003 par le Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour le compte de l'ALLIANZ, assureur perte de gain, ainsi que le courrier que lui a adressé le médecin traitant, le Dr. B_____, spécialiste FMH en médecine interne, en date du 16 janvier 2004.

3. Depuis le 1er mai 2003, l'assuré a travaillé chez Y_____ SA Genève, en qualité de trader. Il a été licencié au 31 mars 2004, la société ayant fermé et cessé ses activités à Genève, et s'est inscrit auprès de l'assurance-chômage.

4. A nouveau en arrêt de travail total dès le 6 septembre 2004, l'assuré a déposé nouvelle demande de prestations en date du 14 septembre 2004.

5. Dans son rapport adressé à l'OCAI en date du 5 octobre 2004, le Dr. B_____ a posé les diagnostics d'état dépressif modéré à sévère devenu chronique avec syndrome somatique depuis 2002, diabète de type II existant depuis 2002 et de polyneuropathies sensitivo-motrices des membres inférieurs. Le patient présente également un alcoolisme chronique actuellement en rémission existant depuis au moins 2002, une hypertension artérielle ainsi qu'un status post-opération d'une hernie discale C6-C7 en 2001, sans répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin a expliqué que le patient se plaint de malaises depuis de nombreuses années, que sa consommation d'alcool a été très importante de telle sorte qu'il a été considéré comme un malade souffrant d'éthylisme lors de son séjour à la "établissement hospitalier" en septembre 2002. Le diabète de type II a été découvert lors d'une hospitalisation à "établissement hospitalier" pour une infection intestinale au début de l'année 2002. En mai 2002, il avait été hospitalisé à la "établissement hospitalier", puis quatre semaines à la "établissement hospitalier" à Montreux. En septembre 2002, il a été hospitalisé à la "établissement hospitalier" pour un sevrage alcoolique et un traitement médicamenteux. Dès le 4 octobre 2004, une nouvelle hospitalisation à la "établissement hospitalier" s'est avérée nécessaire. Le médecin

traitant rappelle que du 1er juillet 2002 au 30 mars 2003, les incapacités de travail ont été fluctuantes entre 50 et 100 % et que depuis le 6 septembre 2004, le patient est à nouveau en arrêt de travail à 100 %.

6. Par décision du 27 janvier 2005, l'OCAI a refusé à l'assuré l'octroi de prestations, au motif que selon les documents médicaux, il était en incapacité de travail depuis le 6 septembre 2004, et que le délai de carence ne prendra fin que le 6 septembre 2005, date à partir de laquelle il voudra bien déposer une nouvelle demande.

7. Le 9 septembre 2005, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OCAI.

8. L'OCAI s'est procuré le dossier auprès de la GENEVOISE ASSURANCES, assureur chargé de verser les indemnités journalières pour perte de gain - maladie. Le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a effectué une expertise psychiatrique à la demande de cet assureur, en date du 22 novembre 2004. Après avoir procédé à un examen en date du 22 novembre 2004 ainsi qu'à un test psychologique (inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota, deuxième édition - MMPI-2), l'expert a posé comme diagnostic un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Sur le plan de la capacité de travail, il a conclu, pour motif psychique, à un 100% de potentiel, avec quelques limitations qualitatives.

9. Le 4 février 2005, le Dr D_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE) a conclu à un état dépressif gravissime et à une incapacité totale de travail dès le 6 septembre 2004. Le Dr E_____, médecin psychiatre conseil de l'OCE, a confirmé l'incapacité de travail totale.

10. Dans un complément d'expertise du 2 mai 2005 à l'attention de la GENEVOISE ASSURANCES, le Dr C_____, après avoir fait pratiquer un examen neuropsychologique, conclut à une aptitude complète au travail, relevant « tant d'exagérations et de résistance qu'il devient impossible d'apprécier les atteintes réelles et que par conséquent, il n'a pas d'arguments objectifs pour justifier une atteinte cérébrale organique ou un trouble psychiatrique ».

11. Le 23 septembre 2005, le Dr B_____ a adressé un rapport médical intermédiaire à l'OCAI aux termes duquel l'état de santé de son patient est resté stationnaire. Concernant les diagnostics, le médecin traitant relève un syndrome des apnées du sommeil diagnostiqué au courant du printemps 2005, un état dépressif modéré à sévère devenu chronique avec syndrome somatique depuis 2002, un diabète de type 2 et des polyneuropathies sensitivo-motrices des membres inférieurs. Il explique que le syndrome des apnées du sommeil constitue une hypothèse somatique pour expliquer la genèse des mêmes symptômes dont le patient se plaint en relation avec son état dépressif. Il était impossible de proposer une modalité thérapeutique valable, ce qui explique pourquoi l'état de ce patient est

resté stationnaire. Ce dernier a été pris en charge par le Dr F_____, programme dépression, de la Consultation Jonction à Genève et pour les apnées du sommeil, il a été pris en charge par le Dr G_____, à la consultation du sommeil des ("établissement hospitalier"). Concernant les limitations fonctionnelles, elles sont de 100% dans son poste de courtier en bourse, ainsi que dans une autre activité adaptée. Un retour au travail ultérieur n'est pas envisageable.

12. Le 26 septembre 2005, le Dr Gabriel F_____, médecin interne auprès des ("établissement hospitalier"), Consultation de la Jonction, programme dépression, a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F33.2, un trouble somatoforme douloureux persistant F45.4, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à la consommation d'alcool, rémission complète F10.202 et un syndrome d'apnée du sommeil. L'incapacité de travail est de 100% depuis mars 2004. A l'anamnèse, ce médecin relève que le patient ne présente pas d'antécédent psychiatrique particulier avant mai 2002, date à laquelle il fera un tentamen médicamenteux qui a nécessité une hospitalisation à la "établissement hospitalier". Il a été ensuite transféré à la "établissement hospitalier"à Montreux où le diagnostic d'état dépressif a été confirmé. Il a bénéficié d'un traitement médicamenteux, puis a été hospitalisé du 27 septembre au 30 octobre 2002 à la "établissement hospitalier", lors de laquelle il a admis avoir une consommation d'alcool problématique et accepté un programme spécialisé qui a débouché à une abstinence totale d'alcool depuis lors. De 2002 à 2004, il a présenté un état dépressif constant avec de multiples plaintes somatiques. En octobre 2004, il a été à nouveau hospitalisé à la "établissement hospitalier" où un épisode dépressif sévère est diagnostiqué. A la sortie de cette clinique, l'intéressé a été soumis à une expertise psychiatrique ordonnée par la Genevoise Assurances qui a conclu qu'il avait une capacité de travail à 100%, ce qui était contredit par deux médecins experts mandatés par le chômage. Le patient est suivi au programme dépression où des investigations ont été poursuivies avec un bilan polysomnographique qui a mis en évidence un syndrome d'apnée du sommeil, qui peut participer à l'état du patient. Le Dr F_____ a exposé qu'actuellement, il tentait de traiter l'apnée du sommeil et de procéder à une modification du traitement avec réduction des benzodiazépines et ajustement du traitement antidépresseur. Pour l'instant, il n'y a pas d'amélioration clinique et le pronostic pour l'avenir est réservé, le patient souffrant d'un trouble dépressif récurrent sévère résistant au traitement. Il a joint à son rapport un courrier que lui a adressé le Dr G_____, médecin adjoint à la Consultation du sommeil, "établissement hospitalier", en date du 17 mai 2005, qui relève que l'enregistrement du sommeil effectué a permis de confirmer un syndrome d'apnées du sommeil que son état avait fait suspecter au vu de la clinique.

13. Le 10 février 2006, le Dr B_____ adresse à l'OCAI un bilan psychiatrique du Département de psychiatrie secteur 2 Jonction du 25 mai 2005 confirmant le

diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et d'un syndrome d'apnée du sommeil, ainsi que le résultat de l'examen neuropsychologique effectué par Madame D1_____, psychologue, le 13 janvier 2006, mettant en évidence un dysfonctionnement cognitif. Il relevait que le patient se plaignait notamment de maux de tête très importants, d'une baisse de la mémoire, de troubles de la concentration et de difficulté à lire.

14. Dans un rapport du 22 mai 2006, le SMR, sous la plume de Madame B1_____, s'est référé à l'expertise du Dr C_____ pour conclure à une pleine capacité de travail, considérant que les divers rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à contredire l'expertise psychiatrique.

15. Le 16 août 2006, l'OCAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de prestations, se référant à l'expertise psychiatrique du Dr C_____.

16. Par courrier du 5 septembre 2006, l'assuré a manifesté sa désapprobation, relevant qu'il était en arrêt de travail total depuis septembre 2004 et que son état de santé ne s'était guère amélioré. Il indique qu'il est allé consulter la Dresse H_____ le 2 juin 2006, qui a procédé à des investigations et a changé le traitement de manière radicale. L'amélioration a commencé à se manifester au début d'août, sans obtenir encore de rémission. Il considère que l'AI répond de son incapacité de travail tant qu'il n'a pas recouvrée de capacité de travail.

17. Suite aux remarques de l'assuré, l'OCAI a une nouvelle fois soumis le dossier au SMR, qui a persisté dans sa position.

18. Par décision du 1er novembre 2006, l'OCAI a notifié à l'assuré une décision de refus de rente.

19. L'assuré interjette recours en date du 20 novembre 2006. Il se réfère aux hospitalisations qu'il a subies pour raisons psychiatriques, ainsi qu'aux rapports médicaux confirmant un état dépressif grave et au rapport neuro-psychologique concluant à des troubles cognitifs. Il expose qu'il est en arrêt de travail total depuis septembre 2004 et qu'il souffre également d'apnées du sommeil. Il fait valoir qu'il consulte la Dresse H_____ depuis le mois de juin 2006 et que ce n'est que depuis lors qu'une amélioration se manifeste. Il conteste formellement les conclusions de l'expertise du Dr C_____, qu'il considère comme arbitraire, et contredite par d'autres médecins.

20. Le 29 novembre 2006, la Dresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé au Tribunal de céans un rapport médical détaillé concernant son patient. Au status psychiatrique, elle note que le patient est patiellement nosognosique, très perplexe, orienté dans le temps et l'espace, mais désorienté quant à sa personne. Il présente un léger rétrécissement de la conscience, des troubles de l'attention et de la concentration se soldant par des troubles de

mémorisation et surtout des troubles mnésiques d'évocation, avec face à l'échec, une exaspération et une irritabilité. Il n'y a ni confabulation, ni paramnésie, ni fausse reconnaissance. Elle relève des troubles formels de la pensée, inhibée et ralentie. Les ruminations sont importantes. Le patient présente des angoisses, des troubles du sommeil, une perte de l'appétit. Dans la discussion du cas, la Dresse H_____ explique que sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, elle a retenu en priorité le diagnostic de pseudo-démence, semblable à une démence due à une dégénérescence cérébrale. Mais nombre de données infirment cette hypothèse et la résistance au traitement ressortit des autres diagnostics, à savoir un trouble thymique organique dépressif, un syndrome de mouvements périodiques et un syndrome d'apnées du sommeil. Les investigations ont confirmé ces diagnostics et un nouveau traitement a été instauré. En août, le patient sort de son hébétement et est plus entreprenant, bien qu'encore ralenti. La Dresse H_____ conclut que le patient présente un trouble thymique organique dépressif résistant aux traitements antidépresseurs tant que persistent le syndrome d'apnées du sommeil et les mouvements périodiques. Elle préconise impérativement une perte de poids et, le cas échéant, le port d'un propulseur mandibulaire. Sur la base de l'examen clinique et des résultats des investigations, elle déclare que les conclusions du rapport tendancieux du Dr C_____ sont infondées ou erronées, d'autant plus que les investigations permettent d'obtenir des éléments objectifs qui sont loin d'être des simulations. En terme d'aptitude au travail, elle ne peut que reprendre l'avis de ses confères qui, tous, s'accordent à souligner l'incapacité du patient à travailler.

21. Ce rapport a été communiqué aux parties.

22. Dans sa réponse du 8 janvier 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours. Selon le SMR, les plaintes de somnolence diurne que la Dresse H_____ attribue à la dépression relèvent en réalité du seul syndrome d'apnées du sommeil que l'assuré pourrait traiter de manière simple et efficace.

23. Le Tribunal a ordonné des enquêtes et entendu la Dresse H_____ en date du 7 mars 2007. Elle a exposé que le diagnostic principal est celui de trouble organique dépressif d'intensité actuelle moyenne, ce qui signifie qu'il y a une cause organique qui justifie ce diagnostic mis en évidence par des investigations. Le patient souffre également de diabète, de sorte que probablement une partie des mouvements involontaires des membres inférieurs serait due à une neuropathie diabétique. Il présente aussi une hypertension artérielle, une hyperlipémie et des céphalées rebelles à tout traitement dont l'étiologie est indéterminée. Elle a expliqué la démarche qu'elle a effectuée pour changer le traitement médicamenteux de son patient, ce qui a permis, quelques semaines plus tard, que le patient sortir de sa stupeur. Elle a contesté l'expertise du Dr C_____, relevant que le rapport est truffé de références à la littérature, d'impressions personnelles qui interfèrent et grèvent l'anamnèse et le status. Concernant la capacité de travail, elle se réfère pour

le passé aux médecins psychiatres qui ont suivi le recourant et indique qu'elle a évolué favorablement, sans atteindre toutefois 100 %. Elle a ainsi précisé que durant l'été 2006, le patient aurait pu avoir une capacité de travail de 20 à 25 % et que dés janvier 2007, il présente un rendement de 50 % sur un temps de travail de 5 à 6 heures par jour, en raison de la fatigue intense consécutive aux problèmes de sommeil. Si les symptômes s'améliorent, on peut imaginer que sa capacité de travail s'en ressentira. Le témoin a communiqué au Tribunal un rapport établi le 16 juin 2006 par la Dresse E. SFORZA, médecin adjointe agrégée à la clinique de Belle-Idée, qui confirme, après un enregistrement polysomnographique nocturne, une pathologie respiratoire au cours du sommeil relativement modérée ainsi que la présence d'un syndrome des mouvements périodiques des jambes.

24. Lors de l'audience de comparution personnelle du même jour, le recourant a déclaré qu'il était toujours en arrêt de travail, qu'il souffre de maux de tête, qu'il a des difficultés pour dormir, mais que les apnées du sommeil ont disparu, probablement à cause de la perte de poids.

    L'OCAI a admis pour sa part qu'à la lecture du rapport de la Dresse H_____ et suite à son audition, l'expertise du Dr C_____ ne pouvait être retenue. Il s'en est rapporté à justice.

25. A la demande du Tribunal, l'OCAI lui a remis un nouveau tirage d'une pièce du dossier.

26. 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

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

4. L'objet du litige consiste à déterminer si l'atteinte à la santé que présente le recourant est invalidante dans une mesure ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. 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. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité 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.

   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 de la 4ème révision de la LAI, le 1er janvier 2004, 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).

Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à le rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant sans interruption notable (art. 6 LPGA). Il y a interruption notable lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI).

6. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part 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).

8. En l'espèce, il résulte des pièces du dossier que le recourant a présenté des troubles psychiques sous forme d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, depuis 2002, qui ont nécessité plusieurs hospitalisations en clinique psychiatrique. L'incapacité de travail a évolué entre 50 et 100 % jusqu'à fin avril 2003, date à laquelle il a repris en emploi à plein temps. Depuis le 6 septembre 2004, il est à nouveau en incapacité totale de travailler.

   L'intimé nie que l'atteinte à la santé que présente le recourant soit invalidante, se référant au rapport d'expertise établi en date du 22 novembre 2004 par le Dr C_____ pour l'assurance perte de gain, ainsi qu'à son rapport complémentaire du 2 mai 2005.

   Le recourant soutient pour sa part que le rapport d'expertise précité est arbitraire et que ses conclusions sont contraires à tous celles émises par les autres médecins.

   Le Tribunal de céans constate qu'aussi bien le diagnostic, que les conclusions du Dr C_____ sont contredits par les autres pièces figurant au dossier et que l'avis de cet expert est pour le moins isolé, voire formellement contesté. En effet, tous les médecins ayant suivi le recourant, et plus particulièrement les médecins psychiatres de la Consultation de la Jonction, de la clinique de Belle-Idée, de la clinique de la Métairie et de la clinique Biotonus sont unanimes à avoir posé le diagnostic psychiatrique d'état dépressif récurrent, épisode sévère, résistant aux antidépresseurs et empêchant le recourant d'exercer une activité lucrative, quelle qu'elle soit.

   De surcroît, la Dresse H_____, dans un rapport extrêmement détaillé, a clairement expliqué quelles sont les atteintes à la santé du recourant et a rejoint l'avis de ses confrères quant à l'incapacité du patient à travailler, en raison du trouble organique dépressif résistant aux traitements antidépresseurs. Elle a également exposé et confirmé lors de son audition de façon convaincante pourquoi les conclusions du Dr C_____ ne peuvent être suivies. En conséquence, l'expertise du Dr C_____ ne peut être retenue, faute de valeur probante, ce que l'intimé a d'ailleurs admis après les enquêtes, et doit être purement et simplement écartée.

   Au vu des considérations qui précèdent, le Tribunal considère qu'il convient d'admettre que le recourant est incapable de travailler à 100 % depuis le 4 septembre 2004, en raisons de graves troubles psychiatriques. Partant, il a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2005.

S'agissant de l'amélioration de l'état de santé, il y a lieu de relever qu'elle est intervenue postérieurement à la décision litigieuse. Il appartiendra dès lors à l'intimé de procéder à une révision et de rendre, le cas échéant, une nouvelle décision.

9. Le recours, bien fondé, doit être admis.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 1er novembre 2006.

3. Condamne l'OCAI à verser au recourant une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2005.

4. L'émolument, fixé à 400 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 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