

GE_GERICHTE ATAS/1010/2015 vom 23. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1010_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/1010/2015 du 23 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/1010/2015 del 23 dicembre 2015

Erwägungen

E. 50

Suite aux auditions des médecins, l'intimé s'est prononcé par courrier du 10 avril 2014 et a persisté dans ses conclusions en rejet du recours en relevant que l'irritabilité mentionnée par la Dresse T _____ - ne constituait pas un diagnostic. 51. Pour sa part, le recourant a également persisté dans ses conclusions par courrier du 11 avril 2014. 52. Par ordonnance du 23 décembre 2014 (ATAS/1354/2014), la Chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique dont elle a confié le soin au docteur U _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 53. L'expert judiciaire a rendu son rapport en date du 4 mai 2015. Le Dr U _____ s'est basé sur la lecture du dossier, un entretien psychologique et un examen psychiatrique, un entretien de quarante-cinq minutes avec la fille de l'assuré, un contrôle plasmatique des psychotropes, un concilium avec le psychiatre traitant et une analyse biochimique fournie par celui-ci. Après une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle détaillée, une description du quotidien de l'assuré et la relation des plaintes de celui-ci, l'expert a relaté les conclusions de son examen clinique, pratiqué en présence d'un interprète albanophone. A l'issue de son examen, l'expert a retenu à titre principal les diagnostics de trouble dépressif majeur isolé, sévère, avec caractéristiques psychotiques, de dépendance aux sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques et de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale, ainsi qu'un trouble de la

A/1480/2013 - 15/25 - personnalité non spécifié (traits de la personnalité borderline impulsifs) décompensé. Constatant que des soins spécialisés n'avaient pas été prodigués avant 2007, l'expert a considéré que c'était à ce moment que l'épisode dépressif a décompensé au point de devenir handicapant. Depuis lors, il n'y a pas eu de rémission significative et durable. Selon l'expert, certains éléments permettent de conclure à une composante psychotique de nature paranoïaque : l'assuré se déplace en permanence avec un grand bâton ferré pouvant lui servir d'arme et il est très fréquemment impliqué dans des altercations où l'entraîne son caractère impulsif et explosif ; il ressent une hostilité ambiante qui le conduit parfois à éviter de sortir de chez lui. Eu égard à l'ensemble de ses observations et considérant la présence de caractéristiques psychotiques, associées au trouble dépressif majeur, l'expert a conclu que celui-ci revêt une gravité sévère. L'expert a rappelé par ailleurs que six antidépresseurs différents, à des dosages efficaces et avec une compliance décrite comme satisfaisante, avaient été administrés, sans parvenir à un amendement significatif de la symptomatologie et ce, malgré différents soins administrés par de nombreux spécialistes, dans un cadre ambulatoire, ainsi qu'à l'Hôpital de jour. Il en a tiré la conclusion que la dépression était résistante et rebelle aux traitements. L'expert a encore relevé un tentamen médicamenteux quelques mois avant son examen, et une idéation noire, voire suicidaire, persistante. Il a souligné que l'assuré prend depuis plusieurs années un traitement anxiolytique, hypnotique et neuroleptique à doses significatives ; le fait qu'il

n'ait pu l'arrêter figure d'ailleurs au dossier depuis 2009. Selon l'expert, le trouble douloureux signalé en décembre 2009 a bel et bien existé de façon autonome et persiste encore mais, bien que l'assuré se plaigne encore de douleurs dorsales, ce trouble n'occupe plus l'avant-scène et ne semble pas constituer un handicap majeur dans le quotidien. Dans les années 2006 - 2010, son impact était beaucoup plus sévère. Dès lors, l'expert considère qu'un tableau de type fibromyalgique typique ne fait pas partie du diagnostic. L'expert a fait remarquer qu'un trouble de la personnalité était déjà suggéré par la Dresse N_____ en juin 2010 et par le psychiatre traitant en avril 2015. Il explique que le comportement de l'assuré est caractérisé par une impulsivité, une explosivité et une agressivité, associées à de nombreuses altercations. S'y ajoute un côté abandonnique et un sentiment de rejet et d'exclusion. Enfin, la personnalité fruste de l'expertisé, dépourvu de tout pouvoir de représentation, diminue aussi sa capacité adaptative. Selon l'expert, par rapport à la situation telle qu'elle se présentait fin 2011, lors de l'expertise du BREM, l'état de l'assuré a globalement empiré : si le trouble

A/1480/2013 - 16/25 - douloureux n'occupe plus l'avant-scène, c'est surtout une tension psychique, une irritabilité, une impulsivité agressive et une tendance paranoïaque qui accompagnent désormais un fond de tristesse. Désormais, la morbidité est cristallisée et immuable. En conclusion, le trouble thymo-anxieux et le trouble de la personnalité limite impulsive décompensé remontent à 2004 mais ont été incapacitants surtout à partir de 2006 - 2007. L'état dépressif peut être qualifié de sévère, en particulier du fait de la composante paranoïaque. Les limitations fonctionnelles en découlant sont nombreuses : sentiment de tristesse, perte relative d'espoir, dévalorisation, sentiment de culpabilité, présence d'idéation noire, voire suicidaire, forte tension psychique avec irritabilité, explosivité et agressivité et troubles cognitifs, auxquels contribue la consommation importante de calmants et de sédatifs. L'atteinte psychotique induit une forte susceptibilité, une explosivité et une agressivité, avec passage à l'acte et perte de contrôle. Quant à la décompensation de la personnalité, elle doit également être qualifiée de sévère. Sa décompensation induit une fragilité généralisée, une faible tolérance au stress, des capacités adaptatives nettement diminuées, ainsi qu'un sentiment de rejet et d'abandon envahissant. Selon l'expert, la combinaison du trouble de la personnalité décompensée et de l'atteinte thymique anxieuse rend l'expertisé particulièrement vulnérable à la présence de tout stress émotionnel et amplifie ses limitations. La compliance de l'assuré aux traitements antidépresseur et neuroleptique - les seuls dont l'expert a considéré qu'ils étaient véritablement nécessaires et indiqués - a été vérifiée : le taux plasmatique contrôlé se trouvait dans la fourchette thérapeutique. Par ailleurs, l'assuré s'est montré très motivé à poursuivre son traitement. La prise en charge et le traitement ont été considérés comme globalement adéquats. L'expert a expliqué que l'état dépressif majeur, avec ses caractéristiques psychotiques, induit une incapacité de travail totale. Qui plus est, la dépendance aux benzodiazépines sédatives diminue encore le rendement. Le trouble de la personnalité ne peut être isolé du trouble de la thymie. Selon le Dr U_____, l'incapacité de travail durable remonte à septembre 2006, période à laquelle l'assuré a épuisé ses ressources adaptatives et a dû démissionner de son emploi. Son état a depuis lors évolué défavorablement au point que, dorénavant, l'exigibilité d'une activité est nulle et le rendement diminué de 100%. L'expert a relevé un net décalage entre les avis des psychiatres traitants et des médecins du BREM. Il a rappelé que la Dresse O_____ concluait en 2008 déjà à un trouble dépressif moyen à sévère et à une incapacité totale ; elle avait d'ailleurs adressé son patient à la consultation de la Jonction, qui avait confirmé son

avis.

A/1480/2013 - 17/25 - L'expert s'est en particulier étonné du contraste entre l'importance des troubles cognitifs décrits par les experts du BREM (l'assuré avait oublié une casserole sur le feu, son porte-monnaie, son arrêt de bus, etc.) et les conclusions prises. Selon lui, le statut décrit dans l'expertise du BREM confirmait déjà la gravité du tableau psychique. Les experts du BREM avaient d'ailleurs relevé de l'agressivité, une colère extrême, des altercations multiples avec des connaissances ou des inconnus, le fait que l'expertisé évitait de se promener pour éviter de se retrouver dans de telles situations et le fait qu'il décrivait déjà un vécu persécutoire. Selon l'expert, le BREM s'est par ailleurs montré trop optimiste quant aux ressources de l'assuré, alors même que celui-ci se trouvait sous forte médication sédatrice. Selon le Dr U_____, il apparaît à la lecture du dossier que l'appui de l'entourage de l'assuré, à cette époque déjà, ne servait qu'à le maintenir en vie, à prévenir un tentamen ou un acte hétéro-agressif grave et à empêcher la glissade vers la folie persécutive complète et l'hospitalisation psychiatrique durable. L'expert a émis l'avis que les ressources nécessaires à une adaptation au monde du travail étaient de loin déjà épuisées en 2011. 54. Par écriture du 3 juillet 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. 55. Par écriture du même jour, l'intimé a fait de même. L'intimé soutient que les conclusions du Dr U_____ ne peuvent être suivies : selon lui, ses diagnostics n'emportent pas la conviction et son rapport contient des contradictions manifestes. Ainsi, selon le SMR, la description de l'état psychique de l'assuré ne permet pas de retenir un diagnostic de trouble dépressif sévère. Quant au trouble de la personnalité non spécifié et aux traits de personnalité borderline décompensés, le SMR considère qu'ils sont très peu étayés par l'expert. A cet égard, il rappelle que seuls les troubles de la personnalité sont susceptibles de décompensation (non les traits de personnalité) ; l'intimé considère qu'il s'agit là d'une imprécision susceptible de jeter le doute sur la fiabilité des conclusions de l'expert, d'autant que sa description ne révélerait aucun signe de décompensation. Le SMR ajoute que les analyses du taux plasmatique ne révèlent qu'une compliance très partielle. Au surplus, l'intimé considère que l'évaluation du Dr U_____ est empreinte de facteurs non médicaux, notamment psychosociaux, non pertinents en matière d'assurance-invalidité.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 23 décembre 2014, il n'y a pas lieu d'y revenir.

A/1480/2013 - 18/25 - 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les

références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93, consid. 6b, ATF 112). 4. Quant à l'objet du litige, il a également été précisé dans l'ordonnance du 23 décembre 2014 : le litige porte sur le droit de l'intimé à mettre un terme au versement de la rente d'invalidité avec effet au 30 avril 2009, singulièrement sur l'existence d'une invalidité au-delà de cette date. 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence

A/1480/2013 - 19/25 - d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de

gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour

A/1480/2013 - 20/25 - l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). c. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 9. a. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). b. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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

A/1480/2013 - 21/25 - manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. a. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

A/1480/2013 - 22/25 - c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité

de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). 11. Ainsi que cela a déjà été dit, l'objet du litige porte le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 avril 2009. Le recourant admet que son état s'est amélioré sur le plan somatique mais conteste en revanche toute amélioration au plan psychique. Dans son ordonnance d'expertise, la Cour de céans a constaté qu'au moment de la décision litigieuse, le dossier constitué par l'intimé comportait plusieurs appréciations divergentes concernant l'atteinte psychique du recourant. Il avait ainsi été fait état : d'un trouble dépressif récurrent en rémission (cf. rapport du Dr H_____ du 12 novembre 2007), d'un épisode dépressif réactionnel sans effet sur la capacité de travail (cf. rapport du Dr D_____ du 21 mai 2008), d'un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (cf. rapport de la Dresse N_____ du 14 décembre 2009), d'un trouble dépressif d'intensité moyenne à sévère (selon rapport de la Dresse O_____ du 22 décembre 2009) ou encore d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (selon rapport de la Dresse N_____ du 21 juin 2010). La Cour de céans a relevé que ces rapports devaient être considérés avec circonspection, dès lors qu'ils ne répondaient pas aux critères jurisprudentiels permettant de leur reconnaître pleine valeur probante : ils ne motivaient en effet pas ou prou leurs conclusions, ne comportaient pas - à l'exception des rapports de la Dresse N_____ - d'anamnèse détaillée, n'évaluaient pas en détail la capacité de travail et comportaient parfois des conclusions contradictoires. Force était cependant de constater que plusieurs médecins concluaient en faveur d'un trouble psychique incapacitant.

A/1480/2013 - 23/25 - La Dresse I_____, quant à elle, avait considéré que le trouble dépressif récurrent était en rémission complète, rejoignant en cela les appréciations des Drs H_____ (cf. son rapport du 12 novembre 2007) et D_____ (cf. son rapport du 21 mai 2008). Son rapport remontait cependant au 18 janvier 2008 et ne permettait pas de juger l'évolution de la capacité de travail du recourant jusqu'à la décision querellée, intervenue plusieurs années plus tard, le 20 mars 2013. Quant au rapport de la CRR du 10 février 2009, il ne répondait pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante, puisqu'il ne prenait pas en considération les plaintes exprimées par le recourant et n'avait pas été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). Il était par exemple impossible de dire si les médecins de la CRR avaient eu connaissance de l'avis du psychiatre traitant qui suivait alors l'assuré. Enfin, le rapport des médecins du BREM, daté du 8 février 2012, répondait certes à de nombreux réquisits jurisprudentiels, mais une pleine valeur probante ne pouvait lui être reconnue pour plusieurs raisons : - les médecins avaient retenu une réduction de la capacité de travail de 30% depuis novembre 2007 sans expliquer leurs conclusions, alors même que leur appréciation entraînait en contradiction avec celles des Drs H_____, D_____, I_____ et J_____ (qui n'avaient toute incapacité de travail) ; - les médecins du BREM avaient conclu à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique

entraînant une diminution de la capacité de travail de 30% depuis novembre 2007, alors qu'entre juillet 2008 et juin 2010, les psychiatres traitants du recourant avaient attesté d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère (cf. rapports de la Dresse N _____ du 14 décembre 2009, de la Dresse O _____ du 22 décembre 2009 ou encore de la Dresse N _____ du 21 juin 2010) ; les médecins du BREM n'expliquaient ces divergences que par des spéculations quant aux motifs ayant conduit les médecins traitants à retenir une incapacité totale de travailler ; ils avaient par ailleurs sous-estimé l'irritabilité extrême du recourant, qui si elle ne constituait certes pas un diagnostic autonome, était soulignée par les psychiatres traitants comme très problématique ; - les médecins du BREM ne s'étaient pas prononcés sur l'évolution de la capacité de travail du recourant dans le temps ; - enfin, leur examen remontait à début décembre 2011, soit près d'une année et demie avant la décision querellée. Le rapport d'expertise judiciaire du Dr U _____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante en tant qu'il est fondé sur une documentation complète et des diagnostics précis, qu'il comporte une discussion convaincante, des conclusions retenues et qu'il apporte des réponses détaillées aux questions posées. L'expert expose en détails les raisons qui l'amènent à retenir tel ou tel diagnostic et à écarter tel autre. En particulier, il explique pour quelles raisons il considère que le trouble

A/1480/2013 - 24/25 - douloureux n'occupe plus le devant de la scène. Il est vrai que le rapport de l'expert fourmille de détails factuels et personnels, non pas pour justifier ses diagnostics par des considérations d'ordre psychosocial, comme le soutient l'intimé, mais pour illustrer les motifs qui le conduisent à pencher pour un diagnostic plutôt qu'un autre. En particulier, l'expert illustre ainsi l'impact de l'irritabilité explosive de l'assuré sur son quotidien et l'imbrication du trouble psychique avec le trouble de la personnalité, déjà évoqué ou suggéré par le passé par certains psychiatres traitants, sans précision. Qui plus est, les conclusions de l'expert sont étayées, notamment, par des contrôles plasmatiques. La Cour considère que, dans ces circonstances, il convient de se ranger aux conclusions de l'expert judiciaire, en l'absence de motifs impératifs permettant de s'en écarter. Il est rappelé à cet égard que la tâche de l'expert est 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, ce que la Cour avait jugé utile en l'occurrence, pour les motifs rappelés supra. En d'autres termes, il convient d'admettre que l'assuré est atteint d'un trouble dépressif sévère cristallisé et rebelle aux traitements, avec une composante paranoïaque, associé à un trouble de la personnalité également sévère et décompensé, qui entraînent, à eux deux, une totale incapacité de travail. Eu égard à ces considérations, le recours est admis, le droit du recourant à une rente entière étant admis au-delà du 30 avril 2009.

A/1480/2013 - 25/25 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.