

GE_GERICHTE ATAS/1190/2017 vom 21. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1190_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1190/2017 du 21 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1190/2017 del 21 dicembre 2017

Erwägungen

E. 35

Par décision du 24 janvier 2017, l'OAI a également supprimé l'allocation d'impotence avec effet rétroactif à mars 2012.

E. 36

Par actes du 20 février 2017, l'assuré a recouru contre les décisions de suppression de la rente d'invalidité et de l'allocation d'impotence, en concluant à leur annulation, sous suite de dépens. Préalablement, il a conclu à son audition et à celle de ses médecins, ainsi qu'à ce qu'une expertise judiciaire psychiatrique fût ordonnée. Le recours contre la suppression de la rente d'invalidité a été enregistré sous le numéro A/574/2017 et celui contre la décision de suppression de l'allocation d'impotence sous le numéro A/575/2017. Il a contesté avoir donné des cours de conduite contre rémunération. Par ailleurs, il aurait perçu tout au plus un revenu entre CHF 1'500.- et CHF 1'100.-, ce qui ne pourrait justifier une révision procédurale des décisions de prestations d'assurance-invalidité, dès lors que ses revenus ne dépassaient pas 30 % de sa perte de gain due à l'invalidité. En effet, une rente d'invalidité est déjà due à partir d'une perte de gain de 70 %. Il contestait par ailleurs des faits reprochés sur le plan pénal, tout en mettant en exergue que sa condamnation était uniquement fondée sur les déclarations de deux compatriotes, avec lesquels les relations du recourant étaient tendues. En plus, une des personnes l'ayant incriminé était directement prévenue dans la procédure, ce qui permettait de douter de la véracité des informations qu'elle avait rapportées. Il avait en outre versé à la procédure des attestations d'autres compatriotes précisant qu'il avait apporté son soutien pour la compréhension basique des règles de la circulation et la lecture des panneaux de signalisation dans un but d'aide envers sa communauté et de se rendre utile, sans aucune rémunération. Le fait de bénéficier d'une rente

A/574/2017 - 11/32 - d'invalidité entière, notamment pour des problèmes psychiques, n'empêchait pas une personne de vouloir maintenir un lien avec sa communauté d'origine et de fournir de menus conseils. Par ailleurs, l'intimé n'avait jamais réellement expliqué pour quelles raisons il serait incompatible pour un rentier de l'assurance-invalidité de s'asseoir à côté de compatriotes dans un véhicule et de leur expliquer brièvement les notions basiques de la circulation routière en Suisse. Partant, l'ordonnance pénale du 9 janvier 2014 était impropre à justifier une révision procédurale des décisions antérieures. En tout état de cause, une réduction des prestations pourrait être admise tout au plus pour les mois de mars à octobre 2012. En ce qui concerne l'expertise du Dr P _____, elle ne pouvait être considérée comme un fait nouveau, une nouvelle appréciation médicale n'étant pas un motif de révision procédurale, mais pouvait uniquement conduire à une révision matérielle pour le futur. Cette expertise était au demeurant dépourvue de toute force probante, ses conclusions étant contraires aux deux experts psychiatres mandatés par la SUVA et

l'intimé, ainsi qu'aux appréciations médicales ultérieures de ses médecins. Cette expertise manquait par ailleurs d'objectivité et d'impartialité. Le Dr P_____ avait également remodelé volontairement les résultats des tests psychométriques réalisés, en écartant les affirmations qui ne lui semblaient pas vraies. Le recourant a aussi reproché à l'expert P_____ d'avoir utilisé des termes péjoratifs à son encontre. Le Dr R_____ avait clairement établi que le recourant présentait une forte labilité émotionnelle et perdait vite ses moyens, lorsqu'il était mis sous pression, et qu'il devait s'expliquer et développer le contexte et les facteurs motivant sa réponse, avant de répondre. Il apparaissait de manière générale que cet expert était totalement sorti de son rôle pour endosser celui d'un détective privé. Ce rapport d'expertise manquait ainsi de force probante. La mise en œuvre d'une nouvelle expertise s'imposait dès lors, notamment au vu des certificats médicaux du Dr Q_____ et du Dr R_____. Le nouvel expert devrait également se prononcer sur la question de la capacité de travail à la lumière de la jurisprudence concernant les troubles somatoformes douloureux. Sur le plan rhumatologique, l'intimé s'était par ailleurs écarté de façon incompréhensible de l'expertise du Dr S_____, alors que celui-ci ne s'était pas prononcé sur le plan psychiatrique. La capacité de 50 % retenue par cet expert n'était pas basée sur la suspicion d'un trouble somatoforme douloureux persistant, mais sur un syndrome polyalgique chronique diffus résultant également d'une arthralgie du poignet droit, d'un état dépressif chronique et cervicalgies et lombalgies chroniques communes sur trouble dégénératif débutant et état de déconditionnement physique, soit des affections somatiques.

E. 37

Dans sa réponse du 16 mars 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, au motif que l'activité lucrative exercée par le recourant constituait un fait nouveau permettant une révision des précédentes décisions. Le pourcentage de l'activité exercée n'était pas pertinent, dès lors que seul était déterminant l'incompatibilité de ce travail avec l'état de santé allégué. Les expertises réalisées par la SUVA et le CEMed avaient été établies en méconnaissance de ce fait, soit sur la base d'un dossier incomplet, qui remettait en cause leur valeur probante. Les experts

A/574/2017 - 12/32 - initialement mandatés avaient donc procédé à une appréciation inexacte, du fait de l'ignorance de faits essentiels.

E. 38

Par ordonnance du 18 mai 2017, la chambre de céans a joint les deux recours de l'assuré sous le numéro A/574/2017 et a mis en œuvre une expertise médicale judiciaire. A cette fin, elle a mandaté le docteur T_____, psychiatre et psychothérapeute FMH.

E. 39

Dans son rapport d'expertise du 15 août 2017, l'expert a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de dysthymie et d'anxiété généralisée. Le fait que le recourant avait donné des cours de conduite à des compatriotes et conduit des voitures, ainsi que son retour au Sri-Lanka en 2012, n'étaient pas compatibles avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptôme psychotique au moment de l'expertise du CEMed en mai 2011, selon toute vraisemblance. A cet égard, l'expert a formé l'hypothèse qu'il y avait eu une amélioration clinique après cette expertise, même si cette amélioration n'était pas documentée. Le seul document disponible jusqu'à l'expertise du Dr P_____ était le rapport de police. Si le recourant avait été très perturbé psychiquement au

moment de l'interrogatoire, les policiers l'auraient remarqué et signalé. Le syndrome dépressif était actuellement certes d'une intensité modérée, mais sa durée tendait à saper le moral, l'image de soi, l'énergie, la motivation, l'envie d'entreprendre. Les craintes irrationnelles et la fatigue chronique caractéristique de l'anxiété généralisée renforçaient ces limitations. Les troubles du sommeil d'origine anxieuse renforçaient la diminution de l'énergie disponible due à la dépression. Le recourant n'avait toutefois pas besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. La compliance était bonne sur le plan des mesures socio- et psychothérapeutiques, mais devait être vérifiée sur le plan médicamenteux, le taux sanguin de l'antidépresseur prescrit étant insuffisant, ce qui pouvait cependant également être un problème métabolique. L'expert a évalué la capacité de travail au niveau psychiatrique, indépendamment du trouble somatoforme douloureux, à 70 %. Avec le trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail était de 60 %. L'invalidité ne relevait en outre pas pour l'essentiel d'éléments qui trouvaient leur explication dans le champ socio-culturel ou psychosocial. Quant à l'expertise du Dr P_____, l'expert judiciaire a considéré que l'examen clinique décrit était soigneux. Il n'était toutefois pas admissible de corriger les tests psychométriques, en modifiant les scores de certains items parce qu'ils ne correspondaient pas à l'impression du clinicien. Cependant, l'utilité des tests psychométriques était relative en expertise, dès lors qu'ils étaient basés essentiellement sur les dires du sujet et servaient à quantifier les plaintes. L'expert judiciaire n'avait pas l'impression que le recourant eût cherché à le tromper. Ses plaintes lui avaient paru authentiques en dépit de l'écart important entre les plaintes et les constatations objectives, ce qui devait être attribué au fait que l'expertisé se croyait plus malade qu'il ne l'était en réalité. Enfin, l'expert a également examiné

A/574/2017 - 13/32 - l'incapacité de travail résultant du trouble somatoforme douloureux sous l'angle des critères jurisprudentiels en la matière.

E. 40

Dans son avis médical du 7 septembre 2017, le Dr Q_____ du SMR a qualifié l'expertise judiciaire de convaincante en ce qui concerne les diagnostics retenus, mais non pas en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, le recourant ne souffrant que d'une dysthymie qui ne présentait jamais les critères de sévérité nécessaire pour être incapacitant. Par ailleurs, les manifestations anxieuses étaient modérées. Le Dr Q_____ n'a admis qu'une incapacité de travail de 10 % liée au trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, il a souligné que l'expert avait considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail depuis qu'il avait commencé à donner des cours de conduite en mai 2012.

E. 41

Par écriture du 12 septembre 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions. L'expertise du Dr S_____ ne pouvait être suivie, celui-ci s'étant prononcé sur des diagnostics psychiatriques ou sur des suspicions de diagnostics. De surcroît, le recourant n'avait été que très partiellement examinable, présentait des autolimitations et n'avait pas d'atrophies musculaires. Quant aux diagnostics objectifs, à savoir le syndrome cervico-vertébral et lombo-vertébral chronique, ainsi que l'arthralgie du poignet et les discopathies, ils n'étaient pas suffisants pour expliquer une incapacité de travail de 50 %. Partant, aucune valeur probante ne pouvait être attribuée à cette expertise. S'agissant de celle du Dr T_____, l'intimé a fait sien l'avis du SMR précité, tout en relevant que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une dysthymie ne constituait pas, à elle seule, une atteinte à la santé

invalidante. Par ailleurs, les troubles en réaction à une décision négative de l'assurance-invalidité ne constituaient pas un handicap psychique durable. Partant, la dysthymie et l'éventuelle aggravation de 2015 n'avaient pas de caractère invalidant. Enfin, un défaut d'informations depuis juin 2009, conduisant l'expert judiciaire à retenir un trouble dépressif jusqu'au moment de son expertise, ne pouvait justifier une incapacité de travail totale pour cette période.

E. 42

Par écriture du 13 septembre 2017, le recourant a également persisté dans ses conclusions. Il a relevé que, selon l'expert judiciaire, un épisode dépressif était documenté depuis juin 2009 jusqu'en octobre 2015. Dès cette date, le syndrome dépressif s'était atténué, si bien qu'il ne s'agissait plus que d'une dysthymie. Une amélioration survenue plus tôt n'était pas documentée. Aussi, il y avait lieu de retenir une incapacité totale de travail pour cette période, en se fondant sur les expertises du centre d'expertise médicale de Champel en décembre 2009 et du CEMed d'août 2011. Au demeurant, le Dr S_____ a estimé la capacité de travail au maximum à 50 % du point de vue rhumatismal pur. Partant, l'incapacité de travail totale devait être fixée au minimum à 90 %, ce qui ouvrait le droit à une rente d'invalidité entière et aux allocations pour impotent.

E. 43

A la demande de la chambre de céans, le Dr T_____ a complété son expertise le 26 octobre 2017. Il a précisé que l'effet de la présence du trouble somatoforme douloureux était de majorer de 10 % les limitations fonctionnelles et l'incapacité de

A/574/2017 - 14/32 - travail aux seuls troubles psychiatriques au sens étroit. Partant, avec ce trouble, le taux d'incapacité de travail était de 40 %. L'expertisé avait les ressources nécessaires pour surmonter les douleurs en partie pour travailler à 60 % sur le plan psychiatrique. Si l'appréciation du Dr S_____ devait être admise, il n'y avait pas lieu de majorer le taux global d'incapacité de travail à plus de 50 %.

E. 44

Dans son avis médical du 20 novembre 2017, le Dr Q_____ du SMR persiste à considérer que l'expert ne pouvait être suivi, en ce qu'il admet une incapacité de travail de 30 %, le diagnostic de dysthymie ne présentant pas les critères de sévérité nécessaires pour avoir un caractère invalidant. Par ailleurs, les manifestations anxieuses étaient modérées. Seule une incapacité de travail de 10 % pour l'ensemble des atteintes psychiques pouvait être admise. Enfin, l'évaluation du Dr S_____ ne convainquait pas non plus, en l'absence de signe d'organicité et du fait du déconditionnement.

E. 45

Dans sa détermination du 23 novembre 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions, en suivant l'avis du SMR précité.

E. 46

Par écriture du 23 novembre 2017, le recourant a également persisté dans ses conclusions. Il a considéré qu'il y avait lieu d'additionner les taux d'incapacité de travail de 50 % admis par le Dr S_____ et de 30 % admis par le Dr T_____ pour les atteintes psychiatriques. En effet, le Dr S_____ avait indiqué que l'incapacité de travail de 50 % avait été établie du point de vue rhumatologique pur. Au demeurant, le Dr T_____ n'avait pas expliqué pour

quelles raisons l'incapacité de travail de 30 % était absorbée dans le taux d'incapacité de 50 %. Il a également fait grief à l'expert judiciaire de ne pas avoir tenu compte des aspects socio-culturels et du stress subclinique liés à la résurgence du traumatisme de la guerre et des tortures subies dans l'appréciation de ses ressources pour surmonter les douleurs. Au demeurant, les experts du centre d'expertise médicale de Champel et du CEMed avaient retenu une incapacité de travail totale. Enfin, le recourant a sollicité un concilium entre le Dr T_____ et le Dr S_____.

E. 47

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

A/574/2017 - 15/32 - 3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'intimé était en droit de supprimer la rente d'invalidité et l'allocation pour impotent rétroactivement à mars 2012. 4. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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 ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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'art. 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une

modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 5. 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

A/574/2017 - 16/32 - 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 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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. 28 al. 2 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 7. 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.

A/574/2017 - 17/32 - 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). 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. 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). Le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références).

8. a. En l'occurrence, il ressort du dossier que le recourant a été hospitalisé du 16 au 21 mars 2005 en raison d'une réaction aiguë à un facteur de stress, dans le cadre de violences conjugales. Selon le rapport y relatif, il buvait de l'alcool le soir pour s'endormir. Le 15 mai 2005, le couple se sépare et divorce par la suite. Dans un rapport du 13 février 2008, le docteur U_____ de la SUVA relève la persistance de douleurs nuque-bras-épaule et fourmillements dans le membre supérieur gauche, ainsi que des céphalées. Il y a également un syndrome douloureux chronique dans le cadre d'une situation sociale difficile, faisant craindre une invalidation. La situation sociale difficile est également mentionnée dans son rapport du 14 avril 2008. Le recourant présente une exacerbation des douleurs lors d'aggravations des problèmes familiaux et sociaux. Le docteur V_____ mentionne dans son rapport du 14 août 2008 que le syndrome douloureux s'est amplifié depuis 2006, avec apparition d'une réduction fonctionnelle massive dont l'explication

A/574/2017 - 18/32 - n'est pas évidente. De ce fait, le recourant éprouve des difficultés pour se vêtir, pour faire ses courses et pour tenir son ménage. Il tremble et lâche des objets. Le Dr V_____ observe une exclusion fonctionnelle du bras gauche qui est tenu au corps en flexion du coude et en rotation interne. L'examen de l'appareil locomoteur est très difficile en raison d'un freinage actif très important de toutes les activités articulaires et musculaires. Certains déficits observés pendant l'examen cessent pendant les mouvements spontanés. Le 10 juin 2009, le docteur W_____ diagnostique un trouble dépressif moyen récurrent depuis 1991 et un trouble douloureux persistant généralisé. Le recourant le consulte pour une prise en charge d'une récurrence dépressive depuis 2004 dans le cadre d'une séparation, de difficultés familiales et d'éloignement du pays d'origine. Dans les constatations objectives sont mentionnés un ralentissement psychomoteur, une hypomimie, un faciès algique et une tension intérieure. Le traitement consiste en psychothérapie hebdomadaire et médicamenteux. Dans l'expertise interdisciplinaire du centre d'expertise médicale du 22

décembre 2009, est retenu un épisode dépressif moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant marqué de douleurs multiples peu répondeuses au traitement appliqué, survenues dans un contexte d'importantes difficultés psychosociales. Le pronostic n'est pas favorable, en présence d'une identité d'invalidité fortement cristallisée et l'absence quasi complète de ressources psychiques mobilisables et utilisables pour mener une intégration réussie dans une activité lucrative, au vu de l'échec quasi-total d'intégration culturelle, sociale et professionnelle, avec un retrait social assez important. Dans l'expertise du CEMed du 16 août 2011, il est mentionné dans les constatations objectives une humeur fortement déprimée accompagnée de nombreux pleurs, un abattement important, un visage très triste, souvent amémique. Le recourant présente une idéation morbide importante et envahissante, suicidaire non envahissante et une expression non fluctuante. Le discours est souvent confus avec de nombreux détails centrés sur le conflit familial. Dans la sphère neuropsychologique, d'importants troubles de la concentration et de la mémoire sont observés. La capacité de travail est nulle pour des raisons psychiques, selon cette expertise. Il ressort de l'enquête économique du ménage du 12 janvier 2012 notamment que suite à des conflits importants au sein de sa famille, l'assuré se retrouve à la rue sans domicile et dort dix-huit mois dans sa voiture, puis dans la rue, jusqu'à ce qu'une famille de compatriotes le prend sous son toit. Toutefois, les rapports avec celle-ci commencent à être tendus si bien que le recourant part tôt le matin et rentre tard le soir, trainant dans la rue ou dans les centres commerciaux en hiver. Le recourant n'est pas apte à gérer son quotidien seul. Le docteur X_____ du CAPPI Jonction émet, dans le rapport du 17 juin 2014, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de trouble panique

A/574/2017 - 19/32 - et de syndrome douloureux somatoforme persistant. La capacité de travail est nulle. Il y a une péjoration importante en relation avec la problématique sociale, à savoir la suspension de la rente. Toutefois, le trouble psychiatrique ne met pas le recourant en incapacité pour effectuer les actes ordinaires de la vie. b. Ces diagnostics ne sont pas partagés par le Dr P_____ dans son expertise effectuée en septembre 2015. Selon celui-ci, l'assuré ne présente qu'un trouble de la personnalité dyssociale et un trouble factice. Sa capacité de travail est entière. De l'avis de cet expert, tous les psychiatres consultés, y compris les experts, ont été abusés par le recourant. Il en veut pour preuve notamment que le recourant s'est montré très déprimé dans le cadre de l'enquête ménagère en janvier 2012, alors qu'il a pu exercer une activité un mois et demi après. Il n'est pas possible d'avoir une évolution positive aussi fulgurante. Cet expert met également en doute le trouble somatoforme douloureux, en l'absence d'un traitement antalgique, une trophicité conservée et l'utilisation des bras de manière symétrique lors de son examen. c. Nonobstant, encore après l'expertise du Dr P_____, le Dr Q_____ atteste le 15 juin 2016 que le recourant bénéficie d'une prise en charge psychiatrique comportant des consultations médicales mensuelles et un suivi infirmier régulier, ainsi que d'un traitement médicamenteux. Sa capacité de travail est nulle. Le Dr R_____ atteste également le 20 juin 2016 un état dépressif sévère avec trouble anxieux massif, une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophes et un trouble somatoforme douloureux. Il relève notamment que l'impact des difficultés et tensions familiales ne semble pas avoir été considéré par l'expert P_____. A cela s'ajoutent les pressions de la communauté tamoule et des violences subies en détention dans son pays, sur lesquelles le recourant a des difficultés à s'exprimer. Madame H_____ atteste aussi un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère, d'attaque de panique et de bouffées d'angoisses. Enfin, dans le cadre d'une expertise rhumatologique, le Dr S_____ estime qu'il n'y a pas d'exagération

ni de simulation. Il relève que le recourant n'a aucune vie sociale, dit vivre complètement isolé, étant divorcé et ne voyant pratiquement plus ses deux fils. Il a un sentiment de honte vis-à-vis de sa communauté tamoule. d. Dans les constatations objectives de l'expertise judiciaire, le Dr T_____ relève, sur la base de deux entretiens cliniques d'une durée de 5h30 au total, par l'entremise d'une interprète, que le recourant se présente comme un homme faisant son âge, en état général apparent conservé, à l'habillement simple mais correct et à l'hygiène corporelle à peu près correcte. Il ne manifeste pas de comportement douloureux visible. Dans le contact, il se montre coopérant, courtois, désireux de bien faire. Il paraît authentique dans ses plaintes. Sinon, l'expert n'observe pas de signes pathologiques dans les fonctions cognitives et l'humeur, si ce n'est que des larmes aux yeux à quelques reprises, à chaque fois que le recourant évoque la distance qu'ont prise ses enfants vis-à-vis de lui. S'agissant des symptômes

A/574/2017 - 20/32 - objectifs d'anxiété et de dissociation, l'expert constate une fébrilité des gestes fins et des tremblements fins des doigts à certains moments. Concernant le comportement relationnel et émotionnel dysfonctionnel, l'expert mentionne des plaintes « abandonniques », une certaine attitude de « victime » passive du recourant dans la présentation de ce qui lui arrive, sans mise en cause de sa propre responsabilité dans les événements, à savoir la séparation de son épouse et de ses enfants en raison de sa violence, qu'il nie, ou des faits qui ont conduit à sa condamnation pénale et à la suppression de la rente d'invalidité. L'expert judiciaire pose finalement les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de dysthymie et d'anxiété généralisée. L'état psychique s'est amélioré, en particulier la dépression qui est maintenant modérée et chronique, depuis septembre 2015, date de l'examen par le Dr P_____. Il est assez probable que l'amélioration soit survenue plus tôt, même si ce n'est pas documenté. A cet égard, l'expert T_____ indique que le fait que le recourant a donné des cours de conduite à des compatriotes et conduit des voitures, ainsi qu'est retourné au Sri Lanka en 2012, n'est pas compatible avec le diagnostic de trouble dépressif, épisode sévère, avec symptôme psychotique. Dans les limitations fonctionnelles, le Dr T_____ mentionne que le syndrome dépressif tend à détériorer le moral, l'image de soi, l'énergie, la motivation et l'envie d'entreprendre. Ces limitations sont renforcées par des craintes irrationnelles (scénarios catastrophes récurrents) et la fatigue chronique caractéristique de l'anxiété généralisée, ainsi que des troubles du sommeil d'origine anxieuse. Ces limitations fonctionnelles d'ordre dépressif et anxieux justifient une incapacité de travail de l'ordre de 30 %. Quant au syndrome douloureux somatoforme persistant, il est chronique et remonte à au moins une vingtaine d'années. Il ancre le recourant dans une perception négative et défaitiste de lui-même, du monde environnant et de la vie en générale. La présence de douleurs chroniques tend au demeurant à renforcer de 10 % les symptômes et les limitations fonctionnelles d'origine dépressive et anxieuse. Ainsi, les limitations fonctionnelles justifient une diminution de la capacité de travail de 40 %. Si le point de vue du Dr S_____ est admis, dans le sens que la capacité de travail est de 50%, il n'y a pas de raison de majorer le taux global d'incapacité de travail dans une activité adaptée à l'état physique. L'expert judiciaire confirme enfin ses conclusions dans son complément d'expertise. e. L'expertise du Dr T_____ remplit les critères jurisprudentiels pour lui accorder une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical, notamment aussi de l'expertise du Dr P_____, prend en compte les plaintes du recourant, repose sur un examen clinique très approfondi et contient des conclusions cohérentes et bien motivées. L'intimé met en cause la valeur probante de cette expertise, jugeant non

convaincante la conclusion sur la capacité de travail du recourant. Selon l'intimé, une dysthymie et des manifestations anxieuses modérées ne peuvent justifier une

A/574/2017 - 21/32 - incapacité de travail de 30 %. Toutefois, l'intimé admet que le trouble somatoforme diminue la capacité de travail de 10 %. L'expert T_____ relève dans les limitations fonctionnelles une diminution du moral, de l'image de soi, de l'énergie, de la motivation et de l'envie d'entreprendre. Ces limitations sont renforcées par des craintes irrationnelles, une fatigue chronique et des troubles du sommeil. A cela s'ajoute la durée de la dysthymie qui se compte en années. Partant, de l'avis de la chambre de céans, une incapacité de travail de l'ordre de 30 % paraît tout à fait plausible. Au demeurant, le médecin du SMR ne saurait substituer sa propre appréciation à celle de l'expert judiciaire, n'étant pas spécialiste en psychiatrie ni ayant examiné le recourant. Il convient par ailleurs de relever qu'au vu de l'anamnèse et de l'évolution de la maladie du recourant, la chambre de céans n'est pas convaincue par l'expertise du Dr P_____. En effet, l'anamnèse est dans l'ensemble concordante et il paraît dans le cours normal des choses que chez les personnes fragiles des difficultés familiales avec divorce et un déracinement puissent mener à des troubles dépressifs majeurs. A cela s'ajoute une demande de soins permanente et importante, depuis le début des troubles. Au vu du nombre de médecins et experts consultés et la demande constante de soins, il ne paraît pas crédible que le recourant soit un simple simulateur, comme veut le faire croire le Dr P_____. En outre, il ne peut être nié que le recourant a effectivement pris son traitement médicamenteux, même si la compliance est éventuellement limitée, au vu de l'analyse sanguin des médicaments dans le cadre de l'expertise judiciaire. Au demeurant, dans les autres expertises, la compliance au traitement médicamenteux était tout à fait satisfaisante. Cela montre que le recourant prenait ses médicaments, ce qui n'aurait pas été le cas s'il était un simulateur, au vu des effets secondaires non négligeables que peuvent avoir les antidépresseurs. En ce qui concerne les avis des médecins traitants, selon lesquels la capacité de travail est toujours nulle, ils ne sont pas propres à remettre en doute les conclusions de l'expert judiciaire, dès lors qu'ils ne relèvent pas des éléments médicaux nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte par celui-ci. Cela étant, la chambre de céans admet que la capacité de travail du recourant est de 70 % sur le plan psychiatrique, sans le trouble somatoforme douloureux, en suivant les conclusions de l'expert judiciaire. 9. a. Sur le plan somatique, le recourant présente une arthralgie du poignet droit accompagnée d'une limitation fonctionnelle. A cela s'ajoute des discopathies modérées en C4-C5 et C5-C6, ainsi que des discopathies débutantes de L1 à L5. Le status rhumatologique est très similaire à celui lors des examens par la Dresse D_____, selon l'expertise du Dr S_____ du 20 décembre 2016. Or, celle-ci retient dans son expertise du 16 août 2011 que les cervicalgies, lombalgies et gonalgies paraissent relever de plaintes de type fonctionnel sans réel substrat organique et que les discrètes altérations dégénératives cervicales et lombaires ne

A/574/2017 - 22/32 - sont pas en corrélation avec les plaintes exprimées par le recourant. La présence de signes de non-organicité de Wadell à 4/5 suggère aussi une composante psychogène, tout comme la faible consommation de médicaments antalgiques (p. 16 expertise CEMed). A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert S_____ cite notamment une limitation fonctionnelle du membre supérieur gauche avec hémisyndrome brachial gauche subjectif, status après fracture du tiers moyen de la clavicule gauche. Ainsi, il appert que seule l'arthralgie du poignet droit a un substrat organique et donc objectivement une répercussion sur la capacité de travail. Les autres atteintes

physiques ne permettent objectivement pas de retenir une incapacité de travail. Cela étant, en ce que le Dr S_____ a retenu une incapacité de travail de 50% sur le plan rhumatologique pure, son expertise n'est pas convaincante, dès lors que son appréciation prend en compte également les limitations fonctionnelles résultant du trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, la seule arthralgie du poignet droit ne justifie en principe pas une incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit sans effort avec le bras droit et des mouvements répétitifs avec le bras/poignet. Ainsi, objectivement, aucune incapacité de travail dans une activité adaptée ne peut être admise sur le plan somatique, conformément l'avis médical du SMR. b. En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux, le Dr T_____ considère qu'il diminue la capacité de travail de seulement 10%, ce qui est également admis par l'intimé. Il sied par conséquent d'examiner si le caractère invalidant de ce trouble peut être reconnu en fonction des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral. S'agissant des motifs d'exclusion définis par le Tribunal fédéral, il ne peut pas être admis que les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. En effet, aucun médecin n'a constaté une majoration. Même le Dr P_____ ne le retient pas, même s'il qualifie le recourant de simulateur. Certes, il y a une certaine discordance entre les limitations décrites et le comportement observé. En effet, le recourant dit ne plus utiliser son bras gauche. Les déficits allégués cessent cependant dans les mouvements spontanés, comme cela a été observé par plusieurs médecins, et il n'y a pas d'amyotrophie de bras. Toutefois, le recourant n'a pas cessé de demander des soins. Il n'y a par ailleurs pas de grandes divergences entre ses informations et celles ressortant de l'anamnèse. Au demeurant, ses plaintes n'ont pas laissé insensibles les experts, sauf le Dr P_____. Il n'y a pas non plus d'allégation de handicaps malgré un environnement psychosocial intact. Quant au degré de gravité fonctionnelle, le recourant décrit à l'expert judiciaire des douleurs multiples dans le membre supérieur gauche, les jambes, les mollets, la tête et le dos, prenant parfois la forme d'une brûlure ou d'un courant électrique qui

A/574/2017 - 23/32 - parcourt le dos en zig-zag. Ces douleurs sont aux dires du recourant accompagnées d'une diminution de la force (peine à soulever le bras gauche, une incapacité de mettre le poids sur les talons) et de troubles de la mémoire et de la concentration. Il considère que ces douleurs l'empêchent complètement de travailler. De ce fait, selon les constatations des médecins, il n'utilise plus son bras gauche, si bien qu'il convient d'admettre que ce syndrome douloureux a un haut degré de gravité fonctionnelle. Par ailleurs, la gravité de l'évolution du syndrome douloureux est rendue plausible par l'anamnèse. Il apparaît en effet que ces douleurs sont apparues suite aux graves difficultés conjugales avec des violences de la part du recourant. Cette séparation a eu pour effet la perte du domicile du recourant, lequel a dû dormir pendant dix-huit mois dans sa voiture, puis dans la rue. En parallèle, selon les rapports médicaux à partir de 2008, il a développé petit à petit un trouble dépressif grave avec une désinsertion sociale totale, au point qu'il a finalement bénéficié d'une allocation pour impotent, le corps soignant ayant jugé qu'il n'était même pas apte à gérer son quotidien seul. Il convient également de considérer que tous les traitements conformes aux règles de l'art ont échoué, en dépit d'une coopération optimale. La chronicisation date de neuf ans au moins, le syndrome douloureux étant mentionné pour la première fois dans un rapport de février 2008. Quant aux ressources du recourant, il présente aujourd'hui une dysthymie, mais auparavant un trouble dépressif avec des épisodes sévères par moment, et une anxiété généralisée, actuellement d'une intensité modérée. Ces seules comorbidités diminuent la capacité de travail de 30 %, selon l'expert

judiciaire. A cela s'ajoute le trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme douloureux qui engendre une incapacité de travail supplémentaire de 10 %, de l'avis du Dr T_____. Quant à la structure de la personnalité, le Dr Y_____ estime qu'il n'y a pas un trouble proprement dit, mais des traits de la personnalité passive et dépendante, au vu du comportement du recourant qui délègue à ses soignants et à la société des tâches qu'il pourrait accomplir lui-même. Le recourant a également une perception de la réalité visiblement tronquée, mettant la responsabilité pour les événements adverses de sa vie sur le compte de tiers, en ce qui concerne notamment son licenciement, les difficultés conjugales et sa condamnation pénale. Il a un contrôle de ses affects et de ses impulsions diminué, au vu des violences conjugales dans un contexte de séparation, pour lesquelles il a été hospitalisé. S'agissant de l'environnement social, il n'est pas contesté que le recourant ne dispose d'aucun réseau social et qu'il vit de façon totalement replié sur lui-même, à l'exception de l'importante équipe soignante. L'expert judiciaire constate par ailleurs que les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière et de façon homogène dans les activités habituelles de la vie et les loisirs.

A/574/2017 - 24/32 - Enfin, le recourant n'a pas cessé de demander des soins, en particulier sur le plan psychiatrique. Au vu de ce qui précède, il convient de considérer que quasiment tous les critères sont remplis pour admettre un caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, si ce n'est que le recourant utilise son bras gauche dans les mouvements spontanés. Cependant, dans la mesure où les médecins, sauf le Dr P_____, n'ont pas considéré qu'il y a une simulation, cela ne peut pas être considéré comme un critère d'exclusion. Cela étant, avec l'expert judiciaire, il doit être admis que le trouble somatoforme douloureux a un caractère invalidant. Néanmoins, le recourant dispose de ressources personnelles non négligeables, selon l'expert judiciaire, ayant pu travailler déjà six mois après son arrivée en Suisse, maîtrisant l'anglais et ayant acquis une connaissance du français lui permettant d'assumer des conversations courantes. Il a montré aussi sa capacité à faire l'intermédiaire entre les compatriotes fraîchement arrivés en Suisse et le monde helvétique, à donner des cours de conduite et à se déplacer sans problème dans les transports publics. Il arrive aussi à mobiliser ses soignants pour qu'ils rédigent des attestations et rapports pour défendre sa cause. Sa tentative de changer d'interprète lors de l'expertise judiciaire est aussi un signe de sa motivation et sa capacité de persuasion. Compte tenu de ces explications et en l'absence d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte par l'expert judiciaire et qui permettraient de mettre en doute son expertise, la chambre de céans n'a pas de raison de s'écarter de l'appréciation de l'incapacité de travail de 10% du fait du trouble somatoforme douloureux. La capacité de travail résiduelle totale du recourant est par conséquent de 60%. 10. La chambre de céans ne juge par ailleurs pas nécessaire de compléter l'instruction par un concilium entre l'expert judiciaire et le Dr S_____. En effet, les aspects somatiques des atteintes à la santé du recourant ont été déjà suffisamment examinés dans d'autres expertises et celle du Dr S_____ n'est pas convaincante en ce qu'il estime qu'il y a une incapacité de travail de 50% sur le plan purement rhumatologique. Dès lors qu'il n'y a pas d'incapacité de travail au niveau somatique dans une activité adaptée et que seul le trouble somatoforme douloureux diminue celle-ci, l'appréciation de la capacité de travail est du seul ressort de l'expert psychiatre. 11. Il convient par conséquent de déterminer la perte de gain du recourant dans une activité lucrative à 60%. 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

A/574/2017 - 25/32 - générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 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 (ATF 126 V 75

A/574/2017 - 26/32 - consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 12. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte

tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2). Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la

A/574/2017 - 27/32 - capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2). 13. En l'occurrence, en vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral susmentionné, il ne peut être considéré qu'en raison des atteintes psychiques et somatiques admises, hormis le trouble somatoforme douloureux en ce qu'il diminue la capacité de travail de plus de 10%, le recourant ne serait pas en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. En effet, la plupart des limitations fonctionnelles découlent du trouble somatoforme dont le caractère invalidant n'est pas reconnu, ainsi que de facteurs socio-professionnels, comme l'absence de la maîtrise de la langue française et des difficultés d'intégration. 14. Pour l'établissement de la perte de gain, il y a lieu d'effectuer en l'espèce la comparaison des salaires sur la base des mêmes salaires statistiques, dès lors que le recourant n'a plus travaillé depuis une très longue durée, soit depuis 1991. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, qui affectent objectivement la main droite et interdisent des efforts et mouvements répétitifs avec le bras/poignet droit, ainsi que le trouble somatoforme douloureux qui n'est pas totalement surmontable et induit

une limitation fonctionnelle du bras gauche, de son âge (59 ans au moment de la décision querellée), du manque de maîtrise du français et du taux de capacité de travail partiel, un abattement des salaires statistiques pour le salaire d'invalidité de 20 % doit être admis. Cela étant, le taux d'invalidité s'élève à 52 % pour un taux d'activité à 60%. Un tel taux ouvre le droit à une demi-rente. 15. Se pose encore la question de savoir à partir de quand la rente d'invalidité doit être diminuée. Selon l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. Cela est également prévu à l'art. 77 RAI, selon lequel l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence, ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

A/574/2017 - 28/32 - Enfin, aux termes de l'art. 88 bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ou, rétroactivement, à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribué irrégulièrement ou s'il a manqué à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b). L'art. 7b al. 2 LAI prévoit qu'en dérogation à l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion si l'assuré a manqué à son obligation de communiquer au sens de l'art. 31 al. 1er LPGA (let. b). Selon l'art. 31 LAI, si un assuré ayant droit à une rente perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente, sa rente n'est révisée conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA que si l'amélioration du revenu dépasse CHF 1'500.- par an (al. 1). Seuls les deux tiers du montant dépassant le seuil de CHF 1500.- sont pris en compte lors de la révision de la rente (al. 2). 16. En l'occurrence, le recourant admet avoir donné des cours de conduite à des compatriotes, tout en niant avoir été rémunéré pour ceux-ci. Il reconnaît également avoir donné des cours théoriques gratuits pour l'obtention du permis de conduire. Par ailleurs, selon le procès-verbal d'audition du 15 novembre 2013 de la gendarmerie, un témoin déclare que le recourant a donné des leçons de conduite pour la somme de CHF 50.- de l'heure et qu'il avait encaissé CHF 100.- pour refaire un permis de conduire sri-lankais. Au total, le témoin pensait avoir payé environ CHF 4'000.- et CHF 3'000.- pour les cours et CHF 1'000.- pour effectuer des réparations sur la voiture du recourant. Son mari et également prévenu a par ailleurs déclaré avoir payé pour les cours de conduite la somme de CHF 60.- par heure et avoir effectué entre trente et trente-cinq heures de cours de conduite automobile entre les mois de mars et octobre 2012. Il a également confirmé avoir versé CHF 1'600.- au recourant pour l'obtention d'un nouveau permis de conduire sri-lankais. Le recourant était en outre connu pour aider ses compatriotes et le prévenu savait qu'il avait aidé plusieurs personnes au foyer des Tattes pour obtenir un permis de conduire. Enfin, il a également payé CHF 1'000.- pour la réparation d'un des véhicules du recourant. Même en admettant que le recourant s'est fait effectivement rémunérer pour les services rendus à ses compatriotes, il ne peut être établi avec suffisamment de précision combien de personnes il a aidé de la sorte, ainsi que la somme totale encaissée. Par ailleurs, en admettant qu'il a

donné au compatriote qui a été entendu par la police trente-cinq heures de cours, au prix de CHF 60.- par heure, il n'aurait encaissé que CHF 2'100.-, soit pour les mois de mars à octobre 2012 environ CHF 260.- par mois. Ainsi, même dans l'hypothèse où il aurait donné des cours de conduite à deux autres personnes par mois encore, ses revenus restent, au degré de la vraisemblance prépondérante largement inférieurs à 30 % de la perte de gain,

A/574/2017 - 29/32 - étant précisé que, sur un salaire de CHF 4'000.-, 30 % représentent CHF 1'200.-. Au demeurant, ces revenus ne constituent pas un bénéfice net, dès lors que les frais pour l'utilisation de la voiture et l'essence n'ont pas été déduits. Or, pour une activité occasionnelle qui reste vraisemblablement largement en-dessous d'une perte de gain de 30 %, il ne peut être admis qu'il s'agit d'un changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit à des prestations, au sens de l'art. 77 RAI, étant donné qu'un degré d'invalidité de 70 % ouvre déjà le droit à une rente entière. Partant, il n'y a pas lieu d'admettre que le recourant a violé l'obligation de renseigner l'intimé sur le fait qu'il donnait occasionnellement des cours rémunérés à ses compatriotes, si cette hypothèse doit être admise. Aussi, la diminution de la rente ne prend effet que le deuxième mois qui suit la décision du 19 janvier 2017 de l'intimé, soit en mars 2017. 17. Reste à examiner la suppression de l'allocation d'impotence. a. Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPG) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42bis est réservé (al. 1er). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a), d'une surveillance personnelle permanente (let. b), de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c), de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d), ou d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (al. 3). Selon l'art. 38 al. 1 RAI, le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé: a. vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne; b. faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne; ou c. éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur.

A/574/2017 - 30/32 - Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 39 al. 2 RAI). N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1 (art. 38 al. 3 RAI). b. En l'occurrence, le recourant dispose encore d'une capacité de travail résiduelle de 60%. Il a par ailleurs pu donner des cours de conduite et théoriques à des compatriotes, ainsi que voyager. Cela étant, il ne saurait être admis qu'il ait besoin d'un accompagnement pour faire

face aux nécessités de la vie. Partant, l'intimé a supprimé à raison l'allocation pour impotent.

18. En ce qui concerne le moment à partir duquel l'intimé est en droit de supprimer l'allocation pour impotent, il convient de reconnaître que le recourant avait l'obligation d'annoncer à l'intimé qu'il y avait un changement important concernant le droit à cette allocation. En effet, comme relevé ci-dessus, le recourant a pu aider des compatriotes pour la conduite de véhicules à moteur, ainsi que pour des cours théoriques, ce qui montre qu'il n'avait plus besoin d'un accompagnement pour les actes de la vie. Il avait également pu se rendre, apparemment seul, au Sri-Lanka en 2012 à deux reprises. Certes, selon le Dr T_____, une amélioration de l'état psychique n'est pas documentée avant l'expertise du Dr P_____. Toutefois, parallèlement il admet que le fait d'avoir donné des cours de conduite de véhicules à moteur, ainsi que des cours théoriques n'est pas compatible avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, avec symptôme psychotique retenu par le CEMed en mai 2011. Cela étant, il y a lieu de considérer qu'une amélioration s'est déjà produite en mars 2012. Toutefois, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, ce changement n'est à prendre en considération qu'après une durée de trois mois. Ainsi, une allocation pour impotent n'était plus justifiée dès juillet 2012. Au vu de l'amélioration de son état, il ne pouvait échapper au recourant qu'il ne remplissait plus les conditions pour bénéficier d'une allocation pour impotent. Ne l'ayant pas annoncé, il a violé son devoir d'information. Partant, l'intimé est en droit de supprimer l'allocation pour impotent dès juillet 2012.

19. Au vu de ce qui précède, le recours contre la décision du 17 janvier 2017 sera partiellement admis et la décision réformée dans le sens que la rente d'invalidité est diminuée à une demi-rente à compter du 1er mars 2017. Quant au recours contre la décision du 24 janvier 2017, il sera aussi partiellement admis et la décision réformée dans le sens que l'allocation pour impotent est supprimée dès juillet 2012.

A/574/2017 - 31/32 - 20. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de dépens. 21. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de CHF 200.- ***

A/574/2017 - 32/32 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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