

GE_GERICHTE ATAS/212/2017 vom 20. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_212_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/212/2017 du 20 mars 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/212/2017 del 20 marzo 2017

Erwägungen

E. 17

Le 27 novembre 2014, l'OAI a fait procéder à une nouvelle expertise sur les plans psychiatrique et rhumatologique.

E. 18

À teneur du rapport du 28 avril 2015, établi conjointement par les docteurs J_____, médecine physique et réadaptation FMH, rhumatologie FMH et K_____, médecin spécialiste en psychiatrie FMH, du SMR, ces derniers ont estimé qu'il n'y avait aucun diagnostic sur les plans ostéoarticulaire et psychiatrique avec répercussions durables sur la capacité de travail de l'assuré.

E. 19

Par décision du 28 mai 2015, l'OAI a refusé toutes prestations à l'assuré, dès lors qu'il ressortait de l'expertise médicale pluridisciplinaire du 20 mars 2015 qu'il ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'AI et qu'il ne pouvait être retenu que son état s'était aggravé de façon durable et manifeste depuis 2012.

E. 20

L'assuré, assisté de l'APAS, a recouru contre la décision précitée, le 2 juillet 2015, contestant la valeur probante de l'expertise effectué par le SMR, le 20 mars 2015.

E. 21

Dans sa réponse du 31 juillet 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.

E. 22

Par ordonnance du 20 juin 2016, la chambre de céans a reconnu à l'expertise du Dr J_____ une pleine valeur probante, mais pas à celle du Dr K_____ et a confié, en conséquence une nouvelle expertise psychiatrique au docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

E. 23

Le rapport établi par le Dr L_____ le 29 septembre 2016 contient un résumé détaillé du dossier médical de l'assuré, mentionnant notamment un courrier du Dr M_____ du 27 juin 2016 et un consilium avec la doctresse N_____, médecin assistant au CAPPI, le 29 août 2016. Cette dernière signalait une atteinte dépressive associée à une agressivité. Le contact avec le patient était loin d'être optimal. Il semblait peu impliqué et baillait souvent lors des séances. Il existait un trouble de la personnalité difficile à cerner. Les hallucinations n'étaient pas congruentes avec l'humeur. L'incapacité de travail du patient était totale. Le rapport de l'expert contient une anamnèse personnelle et familiale ainsi que professionnelle et récente sur la base du dossier, précisant qu'il était très difficile

A/2300/2015 - 5/19 - d'obtenir des renseignements biographiques précis auprès de l'expertisé. Le rapport contient encore un status, une analyse du taux plasmatique des psychotropes, les plaintes et données subjectives et le résultat de l'examen clinique. L'expert a posé et motivé les diagnostics de : - trouble schizo-affectif, type dépressif, avec caractéristiques mélancoliques, en rémission partielle, de gravité actuelle grave ; - trouble à symptomatologie somatique léger ; - trouble panique ; - agoraphobie ; - trouble de la personnalité non spécifié, décompensé (personnalité frustrée) ; - troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire, non déficitaires ; - status post entorse de la cheville droite ; - obésité de classe 1 ; - hépatite B. L'expert a mentionné comme diagnostic différentiel, notamment, un trouble de conversion, relevant que l'assuré décrivait des manifestations déficitaires motrices et des vertiges. Le tableau était certes handicapant, mais à la limite d'une existence autonome du trouble dépressif de cette gravité. S'agissant du trouble de la personnalité non spécifié, décompensé, l'expert a motivé son diagnostic sur plus de deux pages, précisant que la personnalité de l'assuré n'était pas aisée à évaluer, tenant compte de la pauvreté du discours, du manque d'introspection et de l'absence d'une pathologie psychiatrique documentée avant l'épisode actuel. Il était évident qu'il s'agissait d'une personnalité « frustrée », dénuée d'introspection, incapable de pouvoir de représentation, peu différenciée et exprimant son désarroi surtout par le soma. L'absence de scolarité et le niveau culturel très bas contribuaient au développement d'une telle personnalité dont les ressources psychiques étaient pauvres. S'y ajoutait aussi l'élément abandonnique. L'expertisé avait grandi en l'absence de son père, qui vivait en Suisse pour son travail depuis sa tendre enfance. Il était certain que l'assuré avait développé une dépendance importante envers sa mère, femme qui était certainement débordée, devant élever seule six enfants tout en ayant une ferme à charge. Avant son accident, l'expertisé n'était pas connu pour des comportements impulsifs ou violents. Ceci avait changé depuis lors et lui occasionnait de nombreux ennuis. Ces traits pré-morbides s'étaient accentués depuis 2010. L'expert a précisé qu'un trouble somatoforme douloureux s'était probablement développé très rapidement dans les suites de l'accident de décembre 2009 et qu'il était vraisemblable que, déjà vers le printemps 2010, un état dépressif-anxieux d'une certaine gravité se soit développé sur cette base, lequel était devenu majeur

A/2300/2015 - 6/19 - vers juillet 2010, lorsqu'un traitement antidépressif était devenu nécessaire. Au début de l'année 2011, la composante psychotique du tableau dépressif s'était ajoutée, lequel était devenu un trouble schizo-affectif. Les manifestations anxieuses, soit le trouble panique et l'agoraphobie, étaient probablement déjà présentes à mi-2010 environ. Quant au trouble de la personnalité, des traits prémorbides avaient probablement existé depuis l'enfance et l'adolescence. La personnalité avait décompensé de manière transitoire pour la première fois sur le plan psychique vers 2005-2006. À la suite de l'accident de décembre 2009, la personnalité avait été à nouveau très rapidement décompensée et le demeurait. L'état de santé de l'assuré s'était nettement aggravé, avec suicidalité ayant nécessité des interventions urgentes depuis mars 2012, dans le contexte de trois hospitalisations psychiatriques cette année-là dont la première en mars. Le status confirmait une bonne partie des plaintes, notamment dépressives et anxieuses. Il était plus difficile d'objectiver toute l'atteinte psychotique florissante dans le cadre protégé d'un examen médical. Il n'y avait pas d'exagération des symptômes et aucune discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé. En effet, malgré la présence d'un trouble douloureux, celui-ci occupait peu de place dans l'examen psychiatrique chez un assuré qui parvenait à rester assis dans un fauteuil pendant presque quatre heures d'entretien sans exprimer de

plainte algique spontanée. Aucun comportement antalgique n'avait été observé dans ce contexte. Les plaintes principales de l'expertisé faisaient partie du registre thymique et anxieux et, à moindre degré, psychotique. Il n'y avait pas de comportement théâtral, ni revendicateur sur le plan des algies. Il était certain que l'environnement psychosocial ne pouvait pas être considéré comme intact. Au contraire, l'expertisé avait dû changer drastiquement son style de vie. Bon vivant avant son accident, impliqué dans de nombreuses activités de loisirs sportives et en groupe, ayant voyagé au Brésil et des ambitions professionnelles, il vivait actuellement une vie presque monacale, reclus dans son studio, avec le store fermé. Il ne voyait presque personne, n'avait pas de loisirs, ni d'ambition et se dévalorisait massivement. L'expertisé avait bénéficié d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique spécialisée depuis 2010. Plusieurs psychiatres étaient intervenus et des traitements psychotropes variés avaient été tentés. Les dosages plasmatiques de ces psychotropes s'étaient avérés dans la fourchette thérapeutique lors des différents contrôles. La compliance avait été signalée comme optimale par le médecin traitant. L'incapacité de travail du recourant était entière dans toute activité depuis le 14 décembre 2009, jour de l'accident, et n'avait pas varié depuis lors. C'était surtout l'état dépressif, anxieux et psychotique qui induisait des limitations fonctionnelles majeures. Il était prématuré de songer à une quelconque capacité de travail. L'expert a ensuite commenté les divers avis médicaux du dossier de l'expertisé et a précisé que celui-ci adhérait à la thérapie et reconnaissait sa maladie. Son comportement était parfaitement cohérent et paraissait authentique.

E. 24

Par courrier adressé à la chambre de céans le 25 octobre 2016, le recourant a relevé que l'expertise du Dr L_____ était complète et convaincante. L'expert avait

A/2300/2015 - 7/19 - indiqué, dans le contexte de trois hospitalisations psychiatriques en 2012, dont la première en mars, qu'il y avait eu une nette aggravation de son état de santé et que sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Cette conclusion devait être suivie.

E. 25

Le 4 novembre 2016, l'OAI a relevé qu'il s'agissait d'un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA, dont les conditions n'étaient pas réalisées, car l'expert judiciaire avait procédé à une appréciation différente de celle du Dr E_____ d'un même état de fait. Le rapport du Dr L_____ devait être écarté, car ce dernier n'avait pas réalisé une comparaison des circonstances prévalant aux moments opportuns pour apprécier si l'état de santé de l'assuré avait subi une péjoration notable. Il ressortait de son rapport qu'il ne retenait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré, puisqu'il avait retenu que celui-ci était resté stationnaire depuis la date de l'accident. L'expert avait ainsi indiqué que l'incapacité de travail durable et entière sur le plan psychiatrique remontait au jour de l'accident et que le taux d'activité n'avait pas varié depuis lors. L'expert faisait remonter le début de l'incapacité totale de travail en 2009, soit antérieurement à la décision du 6 mars 2012, qui était entrée en force. De ce fait, il avait violé les règles primaires applicables aux expertises mandatées dans le cadre d'une révision. Les diagnostics retenus par l'expert n'étaient pas convaincants, référence faite à l'avis du SMR. L'expertise était à tel point émaillée d'incohérences et de critiques non fondées qu'un complément d'expertise ne serait pas suffisant pour y remédier. Elle ne permettait pas d'analyser les critères jurisprudentiels applicables au TSD. Une nouvelle expertise devrait être ordonnée pour répondre à cette question. À teneur d'un avis

médical du 4 novembre 2016, joint à la détermination de l'OAI, le SMR émettait plusieurs réserves sur le diagnostic de trouble schizo-affectif retenu par l'expert. Le dossier contenait plusieurs éléments soulevant un fort doute concernant la présence authentique d'un tableau psychotique avéré et, en tout état de cause, ce tableau ne permettait pas d'évoquer un trouble d'allure schizophrénique. En outre, l'absence d'amélioration d'un tel tableau, sous traitement neuroleptique, était totalement suspecte, référence faite aux rapports d'expertise des Drs E_____ et K_____. Les RM du CAPPI à disposition, dont le dernier remontait au 22 octobre 2012, ne mentionnait pas de trouble schizo-affectif mais des troubles dépressifs avec caractéristiques psychotiques. En outre, le diagnostic retenu actuellement par le psychiatre du CAPPI n'était pas transcrit par l'expert dans le compte rendu de son consilium avec la Dresse N_____. Selon le Dr L_____, la psychopathologie psychique de l'assuré avait débuté avec la présence d'un trouble douloureux sans substrat organique. Or, il ne discutait à aucun moment la possibilité que la symptomatologie psychotique puisse s'intégrer

A/2300/2015 - 8/19 - au tableau somatoforme ou dans un contexte de majoration des plaintes, en particulier les manifestations à caractère visuel, olfactif, tactile et cénesthopathique dont la description restait vague. L'expert avait d'ailleurs hésité à retenir un trouble de conversion, en raison de manifestations déficitaires motrices. Ceci semblait pourtant souligner le caractère hystérisant et démonstratif des plaintes du tableau global. Concernant le diagnostic de trouble de la personnalité non spécifié, décompensé, le Dr L_____ émettait de nombreuses hypothèses, totalement invérifiables, à propos de la psychopathogénèse, dans l'enfance de l'assuré. Il n'existait aucun élément au dossier permettant d'évoquer des dysfonctionnements récurrents de l'assuré sur les plans personnel, professionnel et affectif avant l'événement de 2009. L'expert avait d'ailleurs relevé que des conflits n'étaient pas signalés dans les emplois de l'assuré et que le comportement de celui-ci avait changé depuis son accident. L'existence de traits prémorbides, notamment une personnalité frustrée, ne permettait pas d'étayer la thèse d'un trouble de la personnalité avéré, et encore moins actuellement décompensé. Il n'était pas non plus possible que des traits de personnalité prémorbide (tels que l'expert les retenait) évoluent vers un trouble de la personnalité avéré à l'âge de 44 ans. En effet, soit le trouble de la personnalité existait dès la fin de l'adolescence et se manifestait par des dysfonctionnements observables dès le début de l'âge adulte, soit il n'y avait pas de trouble de la personnalité avéré. Le SMR réfutait ainsi ce diagnostic. Concernant le trouble somatoforme indifférencié, l'expert relevait que les plaintes douloureuses spontanées n'étaient actuellement plus présentes et retenait que le tableau somatoforme était actuellement de gravité mineure. Il fallait néanmoins relever que la nature somatoforme des troubles s'exprimait toujours dans les différentes et nombreuses plaintes mal systématisées qui n'appartenaient pas uniquement au registre douloureux (vertiges, sensations cénesthésiques et sensorielles diverses, perte de force dans les jambes). À cet égard, à l'instar des Drs E_____ et K_____, le SMR restait peu convaincu de la nature avérée du tableau psychotique dont les manifestations restaient principalement subjectives et semblaient s'intégrer à la problématique somatoforme. Concernant les aspects dépressifs, l'expertise de 2010 du Dr E_____ concluait, sans équivoque, à l'absence de critères pour un épisode dépressif clairement constitué à ce moment-là. La première mention d'un diagnostic psychiatrique était retrouvée dans le compte rendu d'hospitalisation à Montana du 22 avril 2010. Le diagnostic était un trouble de l'adaptation, sans répercussion sur la capacité travail. Certes, un épisode dépressif sévère avait été retenu au CTB à partir de novembre 2011. Puis, en 2012, l'assuré avait été hospitalisé à trois reprises à Belle-Idée

pour un risque suicidaire. Toutefois, lors de ses hospitalisations, les plaintes somatiques étaient au premier plan. L'attitude passive de l'assuré était soulignée. Ce n'était que lors de l'examen effectué par le SMR en mars 2015 que les critères pour un

A/2300/2015 - 9/19 - diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique avaient été retrouvés. Toutefois, à l'instar du Dr E_____, les examinateurs restaient peu convaincus de la réalité d'une maladie psychiatrique chez cet assuré qui présentait au premier plan un déconditionnement et un comportement régressif. Dans ce contexte, ils concluaient à l'absence d'éléments de gravité du trouble somatoforme et retenait une pleine capacité travail dans toute activité. En conclusion, l'expertise du Dr L_____ était peu convaincante et ne permettait pas de contredire les conclusions du SMR de 2015.

E. 26

Le 25 novembre 2016, le recourant a observé que l'obstination de l'OAI à nier toute aggravation de son état de santé depuis mars 2012 était incompréhensible. L'OAI et le SMR n'apportaient aucun élément permettant de mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Dr L_____. Lorsque le SMR indiquait que l'absence d'amélioration du trouble schizo-affectif sous traitement neuroleptique était suspecte, il ne tenait pas compte du rapport d'expertise qui précisait qu'il était fort probable que l'atteinte psychotique était plus sévère avant l'administration du traitement neuroleptique, qui l'avait partiellement résorbé. Les forts doutes du SMR quant au diagnostic posé par l'expert n'étaient pas suffisants pour le remettre en cause. Le SMR appuyait sa critique de l'expertise judiciaire sur celle du Dr E_____, qui était sans valeur probante. La situation présentait de nombreuses similitudes avec un récent arrêt de principe (ATAS/276/2016 du 7 avril 2016). Il y avait ainsi lieu de retenir que même si les diagnostics retenus par l'expert psychiatre existaient déjà avant 2012, l'aggravation de l'état de santé durant l'année 2012 était postérieure à la dernière décision et que, dès lors, les conditions d'une révision de la rente étaient réalisées.

E. 27

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. La chambre de céans a déjà constaté sa compétence et déclaré le recours recevable dans son ordonnance du 20 juin 2016. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité. 3. 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 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).

A/2300/2015 - 10/19 - 4. 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. 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). 5. 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 malade, 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). 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. À 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; 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).

A/2300/2015 - 11/19 - 6. L'art. 17 al. 1 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. Selon l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. 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; 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; 112 V 371 consid. 2b; 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

A/2300/2015 - 12/19 - degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2). 7. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 302/04 du 27 mars 2006 consid. 4.5). Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités ; voir aussi ATF 112 V 371 consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 545/02 du 17 août 2005 consid. 1.2). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit.

S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 et 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée

A/2300/2015 - 13/19 - de manifestation erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 5.3). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 3.2). 8. 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). 9. 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. À 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).

A/2300/2015 - 14/19 - 10. 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. Le juge ne s'écartera 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 11. 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; 126 V 353 consid. 5b; 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).

A/2300/2015 - 15/19 - 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les

investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 14. En l'espèce, le droit de l'assuré à une rente d'invalidité a été nié par l'OAI dans une décision du 6 mars 2012, entrée en force. L'on ne se trouve pas dans un cas d'irrégularité manifeste ouvrant la voie de la reconsidération du seul fait que le Dr L_____ a une appréciation différente du cas de celle du Dr E_____, dans ses rapports des 22 novembre 2010 et 1er mars 2011. En application de l'art. 87 al. 3 RAI, la nouvelle demande formée par l'assuré le 11 avril 2012 ne peut être examinée que si son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits, au sens de l'art. 87 al. 2 RAI. Pour trancher cette question, il convient au préalable d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr L_____. Contrairement à ce que soutient l'intimé, l'expertise n'apparaît pas émaillée d'incohérences et de critiques non fondées. Elle est au contraire complète, puisqu'elle résume le dossier médical de l'assuré, contient une anamnèse

A/2300/2015 - 16/19 - personnelle et professionnelle, un status détaillé et décrit les plaintes et données subjectives de l'assuré. L'expert a, en outre, procédé à un examen clinique et a motivé les diagnostics posés. Il a clairement répondu aux questions posées et commenté les avis médicaux figurant au dossier. Ses conclusions sont claires et ne contiennent pas de contradiction. Le rapport du Dr L_____ permet d'établir à partir de quand l'état de santé de l'assuré s'est aggravé, puisqu'il a précisé que c'était à la suite de ses trois hospitalisations de 2012. L'intimé fait valoir, sans plus de motivation, que l'expertise ne permettait pas d'analyser les critères jurisprudentiels applicables au TSD et qu'une nouvelle expertise devrait être ordonnée pour répondre à cette question. Dans la mesure où l'expert a retenu, de façon convaincante, que ce trouble passe à l'arrière-plan par rapport aux manifestations dépressives, anxieuses et psychotiques qui constituent la partie principale du tableau incapacitant, ce grief doit être rejeté. L'expert n'avait pas non plus à discuter de la possibilité que la symptomatologie psychotique pût s'intégrer au tableau somatoforme ou dans un contexte de majoration des plaintes, étant relevé qu'il a clairement exclu une exagération des symptômes par l'assuré dans son expertise. L'intimé a émis plusieurs réserves quant aux diagnostics retenus par l'expert en se fondant sur un avis du SMR qui se réfère aux conclusions des Drs E_____ et K_____. L'appréciation de ces derniers ne remet pas sérieusement en cause celle, différente, du Dr L_____, étant rappelé que la chambre de céans a dénié une valeur probante au rapport du Dr K_____ du 28 avril 2015 (ordonnance du 20 juin 2016) et au rapport du Dr E_____ du 7 janvier 2013 (arrêt du 17 octobre 2014). Le fait que les RM du CAPPI ne parlaient pas de trouble schizo-affectif mais de troubles dépressifs avec caractéristiques psychotiques, ne suffit pas à remettre sérieusement en cause les conclusions de l'expert. L'intimé reproche à l'expert de ne pas avoir retranscrit le diagnostic retenu actuellement par le psychiatre du CAPPI dans le compte rendu de son consilium avec la Dresse N_____. Cette critique n'apparaît pas justifiée, puisque l'expert a précisé dans son rapport que ce médecin avait signalé une atteinte dépressive associée à une agressivité et qu'il existait un trouble de la personnalité difficile à cerner. Selon l'intimé, l'expert avait hésité à retenir un trouble de conversion, en raison de manifestations

déficitaires motrices, ce qui semblait pourtant souligner le caractère hystérisant et démonstratif des plaintes du tableau global. Il s'agit-là d'une interprétation des dires de l'expert, qui n'est pas confirmée par les termes utilisés par ce dernier lequel a considéré que « le tableau est certes handicapant, mais à la limite d'une existence autonome du trouble dépressif de cette gravité ».

A/2300/2015 - 17/19 - Concernant le diagnostic de trouble de la personnalité non spécifié décompensé, l'intimé critique l'appréciation du Dr L_____, mais ses arguments ne remettent pas sérieusement en cause les conclusions de ce dernier. En effet, l'expert a motivé, sur plus de deux pages, les raisons pour lesquelles il retenait ce diagnostic, relevant qu'il n'était pas facile à évaluer, en raison de la pauvreté du discours, du manque d'introspection et de l'absence de pathologie psychiatrique documentée avant l'épisode actuel. Ses conclusions apparaissent ainsi convaincantes. L'intimé fait valoir, à tort, qu'en faisant remonter le début de l'incapacité totale de travail en 2009, soit antérieurement à la décision du 6 mars 2012 entrée en force, l'expert aurait violé les règles primaires applicables aux expertises mandatées dans le cadre d'une révision. En effet, le Dr L_____ avait pour mandat d'examiner la situation de l'expertisé de manière globale et il lui était expressément demandé de dater la survenance de l'incapacité de travail durable. Il ne revient pas aux experts de trancher les questions juridiques telles que celle de savoir si le cas d'espèce remplit les conditions d'une révision. Il convient toutefois de relever, s'agissant du début de l'incapacité totale de travail de l'assuré, datée au jour de l'accident par l'expert, soit le 14 décembre 2009, que le Dr E_____ avait considéré, dans son rapport du 22 novembre 2010, que la reprise du travail de l'assuré dans son activité de pizzaiolo était exigible à 100% dès le 1er décembre 2010 au plus tard. Ce rapport avait été établi sur la base d'un examen récent, du 17 novembre 2010, et n'a pas été contesté. Ce constat est de nature à remettre en cause la conclusion du Dr L_____ selon laquelle l'incapacité de travail de l'assuré était totale dès l'accident du 14 décembre 2009, ce d'autant plus que cet expert a évoqué une dégradation de l'état de l'assuré, en précisant qu'un trouble somatoforme douloureux s'était probablement développé très rapidement dans les suites de l'accident de décembre 2009 et qu'il était vraisemblable que, déjà vers le printemps 2010, un état dépressif-anxieux d'une certaine gravité se soit développé sur cette base, lequel était devenu majeur vers juillet 2010, lorsqu'un traitement anti-dépressif était devenu nécessaire. Il en résulte un doute sur le début de l'incapacité totale de travail de l'assuré. Dans la mesure où le Dr L_____ a conclu à une nette aggravation de l'état de santé de l'assuré dès mars 2012, à la suite de trois hospitalisations (dont la première a débuté le 15 mars 2012 selon le rapport du 26 avril 2012 de la Dresse F_____), et qu'il a précisé que c'était surtout l'état dépressif, anxieux et psychotique qui induisait des limitations fonctionnelles majeures, il y a lieu de retenir que l'incapacité totale de travail de l'assuré a débuté le 15 mars 2012. Au vu des considérations qui précèdent, il faut reconnaître à l'expertise du Dr L_____ une pleine valeur probante, sous réserve de la date à laquelle il a fixé le début de l'incapacité totale de travail. 15. Il en résulte que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits, au sens de l'art. 87 al. 2 RAI, après la décision de l'OAI du 6 mars 2012, qui

A/2300/2015 - 18/19 - est entrée en force et qui retenait que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité professionnelle. La nouvelle demande de prestations formée par l'assuré le 11 avril 2012 peut donc être examinée (art. 87 al. 2 et 3 RAI). 16. L'expert ayant conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité, le taux d'invalidité du recourant est de 100%, ce qui ouvre à ce dernier le droit à une rente d'invalidité entière, en

application de l'art. 28 al. 2 LAI. 17. Reste à déterminer quand le droit à la rente prend naissance. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 2 LPGGA). En l'espèce, l'incapacité totale doit être datée du 15 mars 2012, comme relevé précédemment. Le droit de l'assuré à une rente ne peut donc prendre naissance qu'un an plus tard, le premier jour du mois, soit le 1er mars 2013, étant rappelé que la demande a été formée le 11 avril 2012, soit plus de 6 mois avant cette date. 18. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision de l'intimé du 28 mai 2015 annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2013. 19. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 20. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2300/2015 - 19/19 -

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.