

GE_GERICHTE ATAS/335/2017 vom 24. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_335_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/335/2017 du 24 avril 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/335/2017 del 24 aprile 2017

Erwägungen

E. 1

Par arrêt du 12 mai 2016 (9C 612/2015), le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

- 26/42-

A/344/2015

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité du recourant, singulièrement sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis la décision initiale de rente du 4 avril 2008. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA). Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1 ; ATF 127 V 10 consid. 4b). 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. 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 de la loi fédérale du sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (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 141 V 9 consid. 2.3 p. 10). 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

- 27/42-

A/344/2015 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).

E. 4

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). 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).

- 28/42-

A/344/2015 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).

E. 4.3

p. 501 s.), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 Bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

- 41/42-

A/344/2015 Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4 p. 537), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 p. 265 s.). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier [ATF 139 V 496 précité consid. 4.4 p. 502 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3)]. En l'occurrence, il convient de mettre les frais d'expertise à la charge de l'intimé, celui-ci s'étant fondé sur l'expertise du Dr L_____, laquelle ne mettait pas en évidence une modification de l'état de santé du recourant (ATF du 12 mai 2016 9C_612/2015).

E. 5

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 6

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

E. 7

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a

- 29/42-

A/344/2015 al. 1 Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI)); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente 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 attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

E. 8

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen),

- 30/42-

A/344/2015 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).

E. 9

a. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré

un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de

- 31/42-

A/344/2015 troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_10/2015 du 5 septembre 2015 destiné à la publication consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). b. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

E. 10

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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

- 32/42-

A/344/2015 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

- 33/42-

A/344/2015 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause

leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

E. 11

a. En l'espèce, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 12 mai 2016, renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision, de sorte que la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique. Le rapport du Docteur V_____ du 26 décembre 2016 remplit tous les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une entière valeur probante :

- 34/42-

A/344/2015 L'expert a conclu à la présence de troubles polymorphes et protéiformes couvrant de nombreux registres de la psychiatrie et un trouble de la personnalité très complexe, avec des troubles psychotiques et une personnalité paranoïaque, au maintien d'une incapacité de travail totale du recourante depuis 2008 en relevant qu'il n'y avait aucun indice d'une amélioration significative de l'état psychique du recourant depuis cette date ; l'activité artistique qui ressortait de la consultation de divers sites internet n'était pas significative de la réalisation de gains et correspondait à la tentative désespérée du recourant de se donner une existence virtuelle ; une capacité de travail psychiatrique était cependant exigible, à un taux de 40 %, dans une activité adaptée dès le 1er juin 2017, moyennant la mise en place d'un encadrement par la réadaptation de l'intimé et l'exploitation de la réserve thérapeutique susceptible d'améliorer et mieux stabiliser l'état clinique (en particulier pour traiter la psychose), laquelle était aussi exigible. Ce rapport, fondé sur un examen approfondi, dont la durée totale a été de 7h15, ainsi qu'un entretien avec le psychiatre traitant, des tests auto-évaluatifs et des analyses biologiques, est

particulièrement complet et détaillé ; l'expert a noté les plaintes du recourant et résumé l'anamnèse personnelle, familiale et professionnelle, laquelle permet de suivre le parcours du recourant de façon complète. L'expert a posé des diagnostics en les expliquant de façon claire et a exposé de façon précise le traitement suivi par le recourant et le traitement exigible. Il a également clairement répondu à la question de savoir si l'état de santé du recourant s'était modifié depuis la dernière décision de rente du 4 avril 2008. Enfin, il a pris parti sur les rapports médicaux au dossier, dont ceux des Dr L_____, D_____ et W_____, ainsi que celui du SMR. S'agissant du trouble douloureux (F 45.1), l'expert a précisé que l'impact des plaintes (douleurs abdominales irradiantes, acouphènes, dysphagie) dans le quotidien n'était pas important, surtout par rapport à l'ensemble des troubles et que, plus qu'un trouble douloureux, il semblait s'agir d'un trouble hypocondriaque névrotique ou psychotique, éventuellement sur une base sexuelle ; l'importance du trouble était faible. La chambre de céans constate ainsi que la problématique médicale incapacitante ne relève pas d'un trouble somatoforme douloureux mais est en lien avec des diagnostics psychiatriques indépendants, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les critères jurisprudentiels précités, pertinents en matière de trouble sans substrat organique (consid. 9 supra) b. Le recourant relève que l'expertise judiciaire est très bien documentée et adhère aux conclusions de l'expert, tout en émettant une réserve quant à sa capacité de

- 35/42-

A/344/2015 travail de 40 % dans une activité adaptée à son état de santé, s'estimant trop handicapé dans l'ensemble de ses relations sociales et doutant de l'efficacité d'une modification de son traitement. L'intimé, en se fondant sur le rapport du SMR du 23 janvier 2017, fait valoir que l'expertise judiciaire n'a pas de valeur probante car elle comporte de nombreuses incohérences, des constatations cliniques peu affirmatives et des conclusions insuffisamment motivées. c. La chambre de céans constate que les critiques émises par l'intimé ne résistent pas à l'examen. c/aa. Tout d'abord l'intimé relève qu'il est très difficile de retrouver les causes médicales de l'incapacité de travail de 60 % car l'expert retient de nombreux diagnostics, sans expliciter clairement ceux qui sont incapacitants, notamment par rapport au trouble délirant. A cet égard, l'expert expose que le trouble délirant et la pathologie de la personnalité sont les piliers du handicap (expertise p. 71). Le trouble psychiatrique découle d'une décompensation de la personnalité paranoïaque de base et la personnalité borderline est un trouble chronique et sévère (expertise p. 66). Il explique que les diagnostics psychiatriques dans leur ensemble limitent de manière significative le fonctionnement dans le quotidien et empêchent le recourant d'exercer une activité lucrative ou de s'engager dans un projet professionnel durable : incapacité à maintenir une relation durable, en particulier dans le domaine professionnel, risque d'évitement social, relation persécutée avec les autres avec une intensité délirante, voire hallucinatoire, attitude obsessionnelle induisant une baisse de rendement, faible capacité adaptative, risque de décompensation (expertise p. 72 – 73) et risque élevé de conflits dans le domaine professionnel (expertise p. 74). Contrairement à l'avis de l'intimé, l'incapacité de travail est motivée de façon suffisante par l'expert. c/bb. L'intimé reproche à l'expert de se livrer à de pures conjectures quant à l'amélioration de la capacité de travail du recourant depuis avril 2008 et de conclure à son absence, nonobstant la stabilisation de l'état de santé depuis 2009. Or, l'expert confirme une incapacité de travail totale du recourant depuis 2008, sur la base de l'examen du recourant du 13 décembre 2016, de l'entretien avec le Dr D_____ du 20 décembre 2016, de l'entier du dossier du recourant, comprenant les avis médicaux

antérieurs, ainsi que sur ses propres recherches sur internet. Contrairement à l'avis de l'intimé, il ne s'agit pas d'une évaluation de l'état de santé fondée sur de pures conjectures mais sur une analyse de tous les éléments à

- 36/42-

A/344/2015 disposition de l'expert, soit une évaluation très complète qui a permis à ce dernier d'être en mesure de fournir une appréciation rétroactive de la situation du recourant ; l'intimé n'explique d'ailleurs pas sur quels autres éléments l'expert aurait dû fonder son appréciation. Quant à la stabilisation de l'état psychique évoquée par le Dr D_____ (expertise p. 21), elle n'a pas été jugée suffisante par l'expert pour que le recourant recouvre une capacité de travail dans l'économie, lequel a même expliqué que de nombreuses ruptures étaient survenues dans la vie du recourant et qu'il était même possible que l'état de santé se soit aggravé en 2012 et en 2014 (expertise p. 77). c/cc. L'intimée fait valoir que le rapport d'expertise contient de nombreuses affirmations contradictoires. L'expert a qualifié le trouble panique, l'agoraphobie et la phobie sociale de gravité légère (expertise p. 59 – 60), de sorte qu'il n'y a pas de véritable incohérence avec un voyage en avion et des participations à des spectacles ; quant aux acouphènes, il a émis l'hypothèse d'hallucinations auditives simples (expertise p. 70) et estimé que l'influence du trouble était faible (expertise p. 62 – 63), tout en relevant que l'échange avec l'assuré n'avait effectivement pas souffert de problème d'audition, de sorte qu'il n'y a pas d'incohérence non plus entre les constatations de l'expert et la participation du recourant à des spectacles musicaux. Contrairement à la remarque de l'intimé, l'expert a retenu le diagnostic de crainte excessive d'avoir une maladie (hypocondrie) et l'a qualifié de gravité légère (expertise p. 56 et 61). L'expert a exposé que le recourant ne se reconnaissait pas comme patient psychotique et refusait, en raison de la peur d'effets secondaires, une médication antidépressive ; pour lui ses troubles étaient somatiques et anxieux, de sorte qu'il ne prenait qu'un traitement anxyolitique léger et suivait une psychothérapie. Un traitement psychotique était toutefois exigible (expertise p. 74 et 75). L'expert a ainsi expliqué de manière convaincante pour quelle raison le recourant n'adhérait pas à un traitement médicamenteux psychotique, ce qui n'est en outre pas en contradiction, comme souligné à tort par l'intimé, avec le fait que le recourant adhère à la thérapie psychothérapeutique prodiguée par son psychiatre traitant. S'agissant de celui-ci, il a déclaré douter de la possibilité de réhabiliter le recourant mais a accepté l'exigibilité d'un traitement psychotique et des mesures de réhabilitation évoquées par l'expert (expertise p. 21), ce qui ne correspond pas à la description de l'intimé, soulignant une contradiction entre la reconnaissance par l'expert d'une incapacité de travail et une exigibilité de la capacité de travail acceptée de la part tant de l'expert que du psychiatre traitant. Quant à l'affirmation de l'expert que la capacité de travail du recourant peut paraître significative à

- 37/42-

A/344/2015 l'observation superficielle du dossier (expertise p. 82), elle n'est pas contradictoire avec la conclusion d'une incapacité de travail totale puisque l'expert explique justement qu'il a été nécessaire d'aller au-delà des apparences pour appréhender la situation psychique complexe du recourant. Enfin la description faite par l'expert lui-même des résistances du recourant de se projeter dans une activité professionnelle ainsi que celles liées à l'adhésion à un nouveau traitement n'ont pas empêché l'expert de conclure de façon très claire à l'existence d'une grave pathologie incapacitante (expertise p. 73). c/dd. Selon l'intimé, l'expert s'écarterait à tort du status clinique. L'analyse faite par l'expert des

difficultés relationnelles du recourant n'est en particulier pas en contradiction avec l'observation clinique de celui-ci par l'expert, lequel a, lors de celle-ci, constaté des éléments appuyant ses diagnostics, soit que le recourant fluctuait entre une attitude séductrice et méfiante, qu'il était totalement dénué d'introspection et de capacité de mentalisation et qu'il avait présenté un délire phantasmatique sexuel et un récit caractérisé par un syndrome de perception et une imagination délirante enfantine (expertise p. 70-72) ; l'expert a précisé que le trouble délirant et la pathologie de la personnalité avaient été déterminés compte tenu du comportement du recourant, de l'anamnèse et de l'ensemble du dossier (expertise p. 72). On peine ainsi à comprendre la critique de l'intimé selon laquelle l'expert s'écarte du status clinique, ce dernier ayant pris en compte tous les éléments du dossier pour effectuer son analyse et expliquer précisément que l'attitude du recourant pouvait faire croire, dans une première observation superficielle, à l'existence d'une capacité de travail mais que tel n'était en définitive pas le cas (expertise p. 82). c/ee. L'intimé reproche à l'expert de s'écarter de la science médicale en ignorant des gains perçus par le recourant. À cet égard, il apparaît, au contraire, que l'expert a pris la peine d'investiguer l'activité déployée par le recourant sur internet, pour analyser ensuite si elle pouvait être la manifestation d'une capacité de gain du recourant, ce qu'il a clairement exclu ; or cette analyse rentrait parfaitement dans son champs de compétence, étant rappelé que le Tribunal fédéral avait considéré que l'activité artistique déployée par le recourant était un élément important puisqu'elle constituait un indice d'une éventuelle capacité de travail exigible (arrêt du Tribunal fédéral du 12 mai 2016). c/ff. L'intimé constate que l'expert retient des troubles en réaction à une décision négative de l'OAI alors que ces troubles ne peuvent être reconnus comme invalidants.

- 38/42-

A/344/2015 À cet égard, l'expert a constaté que la rente d'invalidité allouée au recourant avait une fonction de reconnaissance, d'abri, de réparation et que le recourant se réfugiait dans cet état de rentier. Cela dit, l'expert a estimé néanmoins qu'une capacité de travail était exigible mais a averti que la décision de diminuer la rente d'invalidité serait vécue par le recourant comme une agression identitaire et que des mesures d'accompagnement de l'intimé auraient un rôle stabilisant qui faciliterait le deuil de la rente chez un assuré présentant de graves troubles de la personnalité (expertise p. 87) ; l'incapacité de travail n'est ainsi pas motivée par la nécessité de maintenir le recourant dans son statut d'invalidé comme le suggère l'intimé mais bien par des diagnostics psychiatriques indépendants. c/gg. L'intimé relève que l'expert signale des tentatives de majoration de symptômes, exprime des doutes sur l'authenticité des déclarations, relève des incohérences, mais ne se positionne pas de façon claire sur ces points. L'expert a expliqué que le recourant s'était montré collaborant, qu'il n'avait pas cherché à exagérer ses symptômes et qu'il n'y avait aucune raison suffisante pour exclure l'atteinte significative à la santé qui était patente, malgré les réserves émises [mail du recourant évoquant ses difficultés, tentative sur un mode défensif d'accroître les symptômes, tendance à ne pas donner une image trop capable de lui-même professionnellement, manque de collaboration sur les sujets en lien avec la procédure AI et ses revenus, authenticité douteuse au sujet de la procédure AI et de nombreux symptômes, tendance à la manipulation et faible motivation pour des mesures de réhabilitation, contexte sinistrosique et revendicateur (expertise p. 66, 70, 71, 73, 76)]. L'expert a ainsi relevé que le recourant était anosognosique par rapport à son délire de persécution qui englobait toutes ses relations, qu'il présentait un sentiment général de victime (expertise p. 69 et 72) et que

le contact avec autrui était hautement pathologique (expertise p. 72). Le caractère incapacitant des atteintes que l'expert a qualifié de patentes, n'est ainsi pas remis en question par la présence des réserves mises en avant par l'expert. c/hh. L'intimé remet en cause le diagnostic de trouble sévère de la personnalité car le recourant était resté attaché à sa grand-mère, à un cousin et avait fréquenté deux amies successives sur de longues périodes. Le résumé de la situation du recourant effectué par l'intimé est réducteur ; en effet, l'expert s'est attaché à expliquer de façon approfondie le fonctionnement du recourant dans ses relations à autrui ; il a mis en évidence les efforts de celui-ci pour éviter les abandons, également dans la relation avec son amie actuelle, l'instabilité des relations interpersonnelles, pratiquement toutes rompues, la perturbation de l'identité (changement de patronyme), une idéalisation noire

- 39/42-

A/344/2015 chronique, voire suicidaire avec des scarifications, une instabilité affective pathologique, un sentiment de vide, une incapacité à se situer sur le plan relationnel, un comportement violent et une idéalisation de persécution qui revêtait une intensité délirante (expertise p. 65) ; l'expert a relevé que les lacunes affectives précoces étaient majeures (expertise p. 65) et la chambre de céans constate que l'anamnèse et la discussion montrent que le lien avec la grand-mère n'a pas réparé les blessures affectives du recourant en lien avec ses parents (expertise p. 38 – 41). Quant à la relation avec le demi-cousin du père du recourant, décédé, aucun élément n'est donné sur sa durée ni sa qualité (expertise p. 41) qui permettrait de douter de l'existence du trouble grave de la personnalité. c/ii. S'agissant enfin du contrat de travail dans l'entreprise d'un ami, attestant, selon l'intimé, de ressources suffisantes chez le recourant pour trouver des solutions à son problème financier, l'expert a indiqué qu'il s'agissait d'un contrat de trois mois dans la vente de produit par téléphone et que le recourant n'avait pas donné satisfaction, de sorte que le contrat n'avait pas été prolongé, fait qui relativise la capacité du recourant à se sortir de situations financières difficiles (expertise p. 43).

E. 12

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative [ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366 (ATF 9C_595/2013 du 30 novembre 2013)]. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire et de constater qu'au jour de la décision litigieuse, le 18 décembre 2014, l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré depuis la décision de rente de l'intimé du 4 avril 2008, de sorte que le recourant présente encore une incapacité de travail totale dans toute activité. En conséquence, le recourant a droit au maintien de sa rente entière d'invalidité.

E. 13

Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. En l'occurrence, la rente d'invalidité a été supprimée dès le 1er février 2015 de sorte que le délai de vingt-quatre mois vient à échéance le 1er février 2017. Quant au délai

de douze mois, il a débuté le 2 février 2015, date du dépôt du recours devant la chambre de céans et est donc venu à échéance, antérieurement, soit le 2 février 2016.

- 40/42-

A/344/2015 Compte tenu de ce qui précède, les prestations arriérées porteront intérêt à 5 % l'an depuis le 1er février 2017.

E. 14

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral I.605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n. 30 p. 113; voir également les arrêts du Tribunal fédéral I.265/05 du 3 octobre 2005 consid. 4; et I.485/04 du 16 décembre 2004 consid. 6.1). Au vu des conclusions de l'expertise judiciaire quant à une capacité de travail de 40 % exigible du recourant, moyennant le suivi d'un traitement psychotrope adapté et la mise en place de mesures d'accompagnement de l'intimé, il incombera à celui-ci de procéder à la mise en œuvre desdites mesures préconisées par l'expert.

E. 15

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 139 V 496 consid.

E. 16

Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.

E. 17

Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 200.- ainsi qu'une indemnité de CHF 4'000.- en faveur du recourant, seront mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, les frais d'expertise de CHF 11'000.- seront mis à la charge de l'intimé.

- 42/42-

A/344/2015 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : À la forme :

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