

# **GE\_GERICHTE ATAS/902/2015 vom 24. November 2015**

GE Cour de justice, 2015-11-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_902\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_902_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/902/2015 du 24 novembre 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/902/2015 del 24 novembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique,

A/3883/2014 - 14/23 - des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Le recourant est touché par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification. Il a donc qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera déclaré recevable.

### **E. 2**

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références), soit en l'espèce depuis l'ouverture par l'intimé, en juin 2013, d'une procédure de révision du droit à la rente du recourant et lorsque l'intimé a rendu la décision attaquée. Il s'agit du droit actuellement en vigueur, constitué notamment de la LAI, mais aussi, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), de la LPGA.

### **E. 3**

Par décision du 18 septembre 1998, l'intimé a reconnu le recourant invalide à 100 % du 1er mars 1998 au 31 décembre 2002, puis à 64 % dès le 1er janvier 2003. Ce taux-ci d'invalidité lui a donné droit à l'époque à une demi-rente d'invalidité, puis à un quart de rente, dès l'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI en date du 1er janvier 2004. Son droit à un quart de rente sur la base d'un taux d'invalidité de 64 % lui a été confirmé par l'intimé par communication du 1er juillet 2009. C'est dans le cadre d'une procédure de révision ouverte en juin 2013 que l'intimé, en date du 17 novembre 2014, a rendu la décision attaquée, ne lui reconnaissant plus qu'un taux d'invalidité de 41 % et transformant sa rente d'invalidité d'un trois-quarts de rente en un quart de rente dès le 1er janvier 2015.

#### **E. 4**

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. Pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, il faut généralement prendre en considération l'influence de l'état

A/3883/2014 - 15/23 - de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente, ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. À l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 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 130 V 343 consid. 3.5). 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 112 V 372 consid. 2b et 390 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 arrêts cités). 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).

#### **E. 5**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). L'invalidité n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Aussi est-il

A/3883/2014 - 16/23 - indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou, sur recours, le juge disposent de

documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités, l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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 140 V 93 ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré réputé appartenir à la catégorie des actifs, il y a lieu d'appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

## **E. 6**

a. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/ Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). b. La jurisprudence a néanmoins développé des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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

A/3883/2014 - 17/23 - 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou

plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c. Quant au degré de preuve requis, 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 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). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

#### **E. 7**

En l'espèce, il appert que le droit à une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 64 % a été reconnu au recourant essentiellement sur la base du rapport d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2002 (à savoir de l'appréciation dudit expert quant aux problèmes de santé – psychiques – du recourant et leur répercussion sur sa capacité de travail) et de la comparaison des revenus avec et sans invalidité à laquelle l'intimé a alors procédé sur la base des conclusions de cette expertise psychiatrique. Quant à elle, la décision attaquée se fonde dans une large mesure sur le rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ du 28 juin 2014 et la comparaison des revenus faite par l'intimé sur la base de la conclusion de ce rapport d'expertise que la capacité de travail du recourant était de 70 %. L'intimé ne s'est pas arrêté au pronostic que la capacité de travail du recourant pourrait devenir entière dès janvier 2015. La chambre de céans ne voit pas de raison de s'écarter à cet égard de la décision attaquée, dans une perspective de reformatio in pejus, dès lors que l'expert lui-même a qualifié cette perspective d'incertaine et a

A/3883/2014 - 18/23 - relevé deux éléments certes non constitutifs d'une pathologie mentale mais propres à réduire la réalisation de cette hypothèse, à savoir le fait que le recourant était persuadé d'être inapte à quelque activité que ce soit et surtout qu'il a été déconditionné professionnellement de façon prononcée. Près de douze ans se sont écoulés entre les deux expertises précitées, respectivement les deux décisions relatives au droit du recourant à une rente d'invalidité. Il n'est a priori nullement exclu qu'une modification importante des circonstances pertinentes pour la détermination de l'existence et du degré d'invalidité ait pu se produire durant cet intervalle de temps.

#### **E. 8**

Avant de comparer les données médicales retenues par les deux experts considérés, il sied de relever que tous deux respectivement satisfaisaient et satisfont aux exigences jurisprudentielles permettant de leur reconnaître force probante. S'agissant en particulier du rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, il comporte successivement un exposé des circonstances dans lesquelles intervenait l'expertise, un résumé chronologique des données résultant du dossier médico-administratif du recourant, l'anamnèse professionnelle, familiale et psychosociale et psychiatrique du recourant, la description du déroulement du quotidien du recourant, l'indication des médicaments que ce dernier prenait. Il mentionne

les plaintes et les symptômes présentés par le recourant, décrit son status psychiatrique, pose les diagnostics retenus, discute et apprécie le cas, et répond aux questions posées. Sur le plan formel, ledit rapport d'expertise répond indéniablement aux réquisits jurisprudentiels conditionnant une reconnaissance de force probante. Sur le plan matériel, il y a lieu de souligner que ce rapport a été établi sur la base d'une étude, manifestement attentive, du dossier médico-assurécologique du recourant, ainsi que d'un entretien approfondi de deux heures trente-cinq minutes avec le recourant. Il comporte une étude fouillée des points litigieux, au point de vue factuel et au regard de la littérature médicale spécialisée. Il prend en considération les plaintes du recourant et relate l'anamnèse détaillée des différents aspects de la vie du recourant. La discussion et l'appréciation du cas sont menées de façon approfondie, systématique et claire, et aboutissent à des conclusions convaincantes, tant sur les diagnostics respectivement retenus et écartés que sur les effets des problèmes de santé du recourant sur la capacité de travail de ce dernier. Il n'apparaît pas comporter de contradictions internes. Aussi faut-il lui reconnaître une pleine force probante. L'administration ou le juge ne sauraient s'écarter des conclusions d'une telle expertise sans motifs impératifs.

## **E. 9**

a. Lors de l'expertise d'octobre 2002, cinq diagnostics ont été retenus par l'expert, à savoir un trouble dépressif récurrent (en épisode alors moyen), une dépendance à l'alcool (utilisation continue), une dépendance aux benzodiazépines (utilisation continue), une dépendance au cannabis (avec abstinence depuis six mois) et une agoraphobie avec trouble panique. L'expert estimait que ces troubles entraînaient

A/3883/2014 - 19/23 - des limitations au plan psychique et mental, eu égard à la fatigabilité du recourant, à ses troubles de la concentration et à ses attaques de panique avec réactions phobiques ; le recourant n'était alors pas en mesure d'exercer son métier de sertisseur, de même que toute activité exigeant précision et concentration, et seule une activité tenant compte de son apathie, de son manque d'énergie, de ses troubles de la concentration, des restrictions liées à ses phobies et à l'anxiété – difficultés qui ne pourraient s'améliorer que lentement et progressivement, dans le cadre d'un traitement psychologique et social – pourrait être exercée à 50 %, quoique probablement avec une certaine irrégularité. Une réadaptation professionnelle, envisagée par l'expert, s'est avérée non réalisable. Douze ans plus tard, lors de l'expertise de juin 2014, seul un diagnostic a été retenu par l'expert comme incapacitant, soit le trouble dépressif récurrent (en épisode alors léger, sans syndrome somatique). Également reconnu par l'expert, le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (utilisation nocive pour la santé) était en revanche sans répercussion sur la capacité de travail. La dépendance au cannabis était niée, de même la dépendance aux benzodiazépines, celle-ci étant en tout état non incapacitante. Un diagnostic de trouble panique ne devait pas non plus être retenu, ni celui d'agoraphobie. Il n'est dès lors pas surprenant que l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail du recourant a été différente en 2014 qu'elle l'avait été en 2002, et qu'en conséquence celle de l'intimé sur le degré d'invalidité du recourant a aussi été différente. b. Ledit expert s'est penché attentivement sur cette double question. Il a d'abord examiné si le recourant souffrait de trouble de la personnalité, écartant un tel diagnostic (non évoqué en 2002), non sans relever que si le seuil diagnostique n'était pas atteint, le recourant présentait une fragilité constitutionnelle psychique, dans le sens d'une vulnérabilité à la manifestation de symptômes de dépression. Admettant, au regard de critères pertinents, que le recourant

était affecté par un trouble dépressif récurrent, l'expert a relaté l'évolution de la dépression sur les dix dernières années, sur la base des rapports médicaux établis durant cette période, noté une rechute en février 2014 et a fait part de ses constats effectués personnellement lors de son entretien avec le recourant. Analysant l'effet incapacitant de ce trouble, il a conclu que les limitations fonctionnelles en résultant tenaient à une discrète diminution de l'énergie, à une aboulie (perte de volonté) partielle et à une diminution (moyenne) de la confiance en soi, et qu'elles étaient susceptibles d'interférer avec l'aptitude au travail, qu'il a estimée à 70 %. S'agissant de la consommation d'alcool, l'expert en a relevé l'historique, au regard des pièces du dossier médical, et la situation contemporaine à l'expertise. Il en a conclu que le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool devait certes être posé, mais qu'il n'y avait pas (ou plus) d'éléments en faveur d'une dépendance (en relevant à cet égard une absence de notion de syndrome de sevrage, de tolérance et en particulier de la nécessité

A/3883/2014 - 20/23 - d'augmenter la quantité absorbée pour maintenir le même effet, de préoccupation constante par l'alcool, de besoin compulsif de boire, de préoccupation constante par l'alcool entraînant la perte d'autres intérêts). Il s'agissait d'une problématique de type secondaire. Il n'y avait pas de séquelles incapacitantes en lien avec la problématique alcoolique, en particulier pas de troubles neurologiques, ni de séquelles intellectuelles ou psychologiques. Une abstinence totale était exigible. La consommation de cannabis avait été une problématique de type primaire, pas forcément en lien avec des décompressions dépressives. Il n'y avait pas (ou plus) de syndrome d'apathie et de manque de motivation. Aussi le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis ne devait pas être posé. Quant à un diagnostic de dépendance aux benzodiazépines, l'expert a relevé que, de façon contemporaine (comme – semble-t-il au regard du dossier médical – déjà en 2002), le recourant ne consommait que les quantités prescrites par son médecin traitant interniste, à des posologies d'ailleurs basses, et ne cherchait pas à s'en procurer ailleurs. Un tel diagnostic ne devait pas être posé. L'expert a noté qu'en tout état il n'y avait pas de séquelles incapacitantes d'une problématique de dépendance aux benzodiazépines dans le passé, en particulier pas de trouble amnésique ni de démence persistante. Un diagnostic de trouble panique ne pouvait pas être posé en 2014, compte tenu que le recourant présentait des moments d'anxiété prolongés, toujours déclenchés par des pensées particulières (rumination du passé), critères ne correspondant pas à ceux d'un tel diagnostic. Par ailleurs, s'il expliquait que parfois l'angoisse l'empêchait de sortir de chez lui, le recourant disait qu'il sortait dans le parc lorsqu'il se sentait angoissé et que cela le calmait, et il était à même de se rendre seul dans les magasins et à l'extérieur ; un diagnostic d'agoraphobie ne pouvait dès lors pas non plus être posé. c. Il appert donc que l'appréciation de l'expert commis en 2014 est dûment motivée, s'agissant tant des diagnostics respectivement retenus et écartés que de leur impact sur la capacité de travail du recourant. Aussi la chambre de céans ne voit-elle pas de raison de remettre en question la conclusion dudit expert que le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode contemporain à l'expertise de juin 2014 était de degré léger et à l'origine d'une incapacité de travail de 30 %, que la problématique alcoolique était de type secondaire, sans effet incapacitant (sinon que l'alcool agissait défavorablement sur la symptomatologie dépressive et anxieuse), et qu'une abstinence totale était exigible.

Les notions d'incapacité de travail et d'invalidité ne se confondent pas. Lorsqu'il retient (ici à juste titre) l'incapacité de travail estimée par le corps médical, l'intimé doit ensuite calculer si et dans quelle mesure elle implique une invalidité.

A/3883/2014 - 21/23 - En l'occurrence, tant en 2002 qu'en 2014, l'intimé a retenu les taux d'incapacité de travail déterminés par les médecins, soit respectivement 50 % en 2002 et 30 % en 2014, et il a appliqué, pour déterminer les taux d'invalidité du recourant, la méthode de comparaison des revenus, ainsi qu'il le devait. Il est ainsi arrivé à la conclusion, en 2003, que le degré d'invalidité du recourant était de 64 %, et en 2014, de 41 %. Cela s'explique. Ni les montants des revenus sans invalidité pris en considération, ni ceux résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires pour tenir compte des activités accessibles au recourant avec invalidité ne sont contestés ; et ils n'apparaissent nullement contestables. Par ailleurs, logiquement, en 2003, l'intimé a tenu compte d'un 50 % d'activité, et en 2014 d'un 70 % d'activité. En outre, en 2003, il a appliqué la réduction supplémentaire maximale de 25 %, compte tenu non seulement de l'âge du recourant mais aussi notamment de ses limitations fonctionnelles, mais en 2014 d'une réduction de 10 % au regard uniquement de l'âge du recourant. Cette différence s'appuie sur la considération que les limitations fonctionnelles retenues l'étaient, du moins en 2014, au titre de la capacité de travail (sans qu'il y ait lieu ici d'examiner si la pondération appliquée à ce titre en 2003 n'a pas été trop généreuse), et qu'il ne restait en fait guère que l'âge du recourant pour justifier un abattement du revenu avec invalidité. La chambre de céans ne voit pas de raison justifiant, en 2014, l'application d'un taux d'abattement maximal de 25 %, qui ferait certes que le degré d'invalidité du recourant passerait à 51 %. Elle relève qu'avec un abattement de 20 % (au lieu de 10 %, comme retenu par l'intimé), le taux d'invalidité du recourant serait de 48 %, donc que son droit à une rente d'invalidité resterait le droit à un quart de rente.

#### **E. 11**

a. En plus qu'il est postérieur à la décision attaquée, le certificat médical du Dr R\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2014, que le recourant a produit à l'appui de son recours, n'établit pas de faits susceptibles de remettre en question l'appréciation de l'expert O\_\_\_\_\_. En particulier, il n'autorise pas à retenir un degré de sévérité particulier du trouble dépressif récurrent du recourant, le cas échéant suffisamment durable pour être déterminant, ni à conclure à une dépendance à l'alcool incapacitante et au surplus à un caractère non exigible d'abstinence à l'alcool.

b. L'allégation du recourant qu'il se sentait beaucoup moins bien depuis 2005 aussi physiquement n'est aucunement étayée. Elle ne justifie pas de remettre en question le processus ayant conduit à la prise de la décision attaquée au regard uniquement de problèmes psychiques du recourant.

#### **E. 12**

a. Un degré d'invalidité de 41 %, que la chambre de céans ne peut que considérer comme fondé, ne donne droit qu'à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Aussi la décision attaquée est-elle fondée. La date à partir de laquelle le trois-quarts de rente du recourant devait être transformé en un quart de rente, que l'intimé a fixé finalement au 1er janvier 2015, n'est pas contesté. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

A/3883/2014 - 22/23 - b. Le recourant n'est pas privé de la possibilité de faire valoir que, le cas échéant, son état de santé, psychique et/ou physique, se serait depuis lors dégradé de façon sensible, au point d'impacter suffisamment sa capacité de travail et son degré

d'invalidité. Il lui incomberait, à l'appui d'une demande de révision, d'établir de façon plausible, que son invalidité se serait modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201 ; ATF 109 V 262 consid. 3), en fournissant des indices sérieux d'une telle aggravation, à défaut de quoi l'intimé pourrait ne pas entrer en matière ; les indices requis devraient être d'autant plus convaincants que la précédente décision est récente (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 119 V 9 consid. 3c/aa ; 109 V 108 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa, non publié in ATF 127 V 294).

### **E. 13**

En dérogation à la règle générale voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances (soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice [art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ]) soit soumise à des frais de justice, le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA). En l'espèce, l'émolument minimal de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant.

A/3883/2014 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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