

## **GE\_GERICHTE ATAS/964/2015 vom 14. Dezember 2015**

GE Cour de justice, 2015-12-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_964\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_964_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/964/2015 du 14 décembre 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/964/2015 del 14 dicembre 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 46**

Copie de cette écriture a été transmise au recourant le 26 octobre 2015 et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce ainsi que la recevabilité du recours ont déjà été jugées dans le cadre de l'ordonnance d'expertise du 14 avril 2015, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir. 2. a. Lorsque l'administration rend une nouvelle décision après que la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire, la limite temporelle de son examen ne s'étend pas seulement à la période courant jusqu'à la date de la décision initiale, mais également à la période postérieure à celle-ci jusqu'à la date de la nouvelle décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4 et les références) Selon la jurisprudence, un renvoi pour instruction complémentaire ne signifie pas nécessairement que les constatations originelles sont fausses mais seulement que celles-ci ne peuvent être confirmées sur la base des documents disponibles. Il se peut que les nouvelles observations viennent intégralement confirmer celles réalisées initialement, y compris du point de vue temporel (par exemple la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit), auquel

A/3543/2014 - 18/29 - cas la première décision supprimant ou diminuant les prestations est correcte et peut être entérinée avec effet rétroactif. En revanche, si les résultats de l'instruction complémentaire infirment le contenu de la décision originelle (quant à la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit), il ne saurait être question de faire remonter la suppression ou la réduction des prestations à une époque où les conditions pour le faire n'étaient pas remplies. Est seul déterminant le moment où survient le changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente (ATF 106 V 18 et ATF 129 V 370; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.3). Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée, il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 et les références). Dans ce contexte, la jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif survenant dans le cadre de la suppression ou de la diminution d'une rente

décidée par voie de révision devait également couvrir la période d'instruction complémentaire prescrite par renvoi de l'autorité de recours jusqu'à la notification de la nouvelle décision, sous réserve d'une éventuelle ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision (ATF 129 V 370 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_94/2011 du 12 mai 2011 consid. 5.3 et les références). b. En l'occurrence, il est rappelé que la chambre de céans a jugé que le recourant présentait, sur le plan somatique, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit dans une position assise avec la possibilité de changer de position, sans devoir marcher sur un plan instable, ni devoir monter ou descendre des échafaudages ou des escaliers. Au niveau psychique, la capacité de travail était de 70% dès mi-novembre 2008, conformément au rapport d'expertise de la Dresse L\_\_\_\_\_ qui revêtait une pleine valeur probante. Elle a cependant requis de l'intimé qu'il calcule le degré d'invalidité sur la base d'une activité adaptée, et non pas de l'activité habituelle, et l'a invité à instruire sur une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique du recourant intervenue postérieurement à la décision du 26 janvier 2010 supprimant la rente entière d'invalidité à partir du 1er mars 2010 (ATAS/362/2011 du 5 avril 2011). À l'issue de nouvelles investigations, l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé psychique comportant

A/3543/2014 - 19/29 - des répercussions sur la capacité de travail et, après nouveau calcul du degré d'invalidité, que le recourant avait droit à un quart de rente dès le 1er mars 2010. L'objet du litige porte donc sur le bien-fondé de la réduction de la rente entière d'invalidité du recourant à un quart de rente depuis le 1er mars 2010, étant rappelé qu'au vu de la jurisprudence précitée (ATF 129 V 370), le recourant n'avait pas droit – malgré l'annulation de la décision de suppression de sa rente d'invalidité du 26 janvier 2010 – au versement d'une rente entière d'invalidité pendant la procédure d'instruction complémentaire menée par l'intimé, suite à l'arrêt de la chambre de céans du 5 avril 2011. 3. Conformément aux art. 8 al. 1 de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) et 4 al. 1 de loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20), 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. 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). 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne

une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

A/3543/2014 - 20/29 - 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; 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. 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). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 6. a. 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 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

A/3543/2014 - 21/29 - 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 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). b. 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.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. Aux termes de l'art. 88bis al. 2 let. a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente

A/3543/2014 - 22/29 - échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.1) 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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). 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). 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. cc).

A/3543/2014 - 23/29 - Enfin, on rappellera que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 9. a. En l'espèce, l'intimé a confié une nouvelle expertise au Dr N\_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué, dans son rapport du 3 juillet 2013, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), présent depuis 1999. Il a considéré qu'il y avait une légère péjoration sur le plan de la dépression depuis le rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_, puisque le trouble dépressif récurrent était à l'époque en rémission, alors qu'il était désormais qualifié de léger, mais qu'il n'y avait pas eu d'évolution en termes de capacité de travail, cette dernière demeurant fixée à 70%. Par avis du 28 août

2013, le SMR a ainsi estimé que l'aggravation mentionnée par la Dresse M\_\_\_\_\_ n'avait pas été démontrée. De même, dans son appréciation du 11 juillet 2014, il a conclu que les nouveaux rapports transmis par le recourant en mars 2014 n'attestaient pas d'une aggravation grave et durable de son état de santé, ni de nouvelles atteintes pouvant l'empêcher d'exercer, sur le plan somatique, une activité adaptée à 100%. Sur la base de ces documents, l'intimé a rendu sa décision du 16 octobre 2014 et retenu que le recourant présentait toujours une capacité de travail de 70%. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, il a fixé le degré d'invalidité à 45% et lui a alloué un quart de rente depuis le 1er mars 2010. b. A l'appui de son recours, le recourant a produit un rapport du 3 février 2015 de la Dresse M\_\_\_\_\_, laquelle a contesté les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ et posé le A/3543/2014 - 24/29 - diagnostic d'épisode dépressif moyen. La psychiatre traitant a conclu à une incapacité totale de travail, probablement à long terme, et maintenu que l'état de santé de son patient s'était aggravé depuis 2010. c. Par ordonnance du 14 avril 2015, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire, compte tenu des avis psychiatriques contradictoires (ATAS/264/2015). Il convient donc d'apprécier la valeur probante du rapport du 24 septembre 2015 du Dr P\_\_\_\_\_ à l'aune des critères jurisprudentiels en matière de rapports médicaux. 10. L'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, avec des épisodes fluctuant de léger à sévère, épisode actuel moyen, avec un syndrome somatique (ICD-10 ; F33.11) et un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sous forme de modification durable de la personnalité (ICD -10 ; F62.8), atteintes ayant entraîné une incapacité de travail totale et durable à partir de janvier 2010. La chambre de céans constate que cette expertise, dépourvue de contradiction, remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert a en effet étudié toutes les pièces du dossier, procédé à une anamnèse détaillée et fouillée, relaté l'histoire de l'affection actuelle ainsi que les plaintes du recourant. Il s'est en particulier prononcé sur tous les rapports des psychiatres ayant examiné le recourant avant lui et a motivé les raisons pour lesquelles il se distançait de certains d'entre eux. Ses conclusions, dûment motivées, résultent d'une analyse complète de la situation médicale, objective et subjective. Il sied donc d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. 11. Dans leur avis du 8 octobre 2015, les Dresses Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ nient toute force probante à l'expertise judiciaire et font valoir plusieurs motifs. a. En premier lieu, elles reprochent à l'expert de ne pas avoir expliqué pourquoi il retenait la date de janvier 2010 comme début de l'incapacité totale de travail et de ne pas s'être prononcé sur son évolution depuis lors. La chambre de céans rappelle que la décision litigieuse porte sur une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis janvier 2010, raison pour laquelle l'expert a été invité à se prononcer en particulier dès cette date. En outre, l'expert a clairement indiqué qu'il n'y avait pas eu d'évolution de la capacité de travail depuis lors (cf. rapport d'expertise p. 68, réponse à la question 6). b. Dans un deuxième moyen, le SMR estime que le Dr P\_\_\_\_\_ s'appuie sur des informations subjectives et non pas sur des éléments objectifs, qualifiant ces derniers de particulièrement pauvres, quasi inexistantes. Selon lui, le status clinique serait très incomplet.

A/3543/2014 - 25/29 - Il est relevé à cet égard que l'expert a examiné à trois reprises le recourant, en l'espace de cinq mois. Il a alors constaté que celui-ci était continuellement inadéquat dans l'interaction et restait très pauvre ou appauvri dans sa capacité d'abstraire ou

de concevoir des sujets « non collés aux faits et au concret ». Lors de chaque entretien, il avait présenté un comportement très mal adapté, tant dans ses modes de perception ou de penser, que dans la relation du moment. Il s'était montré comme un malade souffrant en permanence, physiquement et psychologiquement, et était également sensible et très émotif, incapable de contrôle à ce niveau. Dans une ambiance exigeante ou revendicative, il devenait dysphorique ou labile, et dans une ambiance plaintive, il montrait un fond de grande tristesse. Le recourant avait notamment la certitude de ne plus être respecté par ses proches et ses connaissances, lesquels le considéraient notamment comme un mendiant. Il verbalisait des idées, des allusions et des souhaits de mort, avec un scénario suicidaire, mais sans projet concret de passage à l'acte. Il constatait, mais aussi revendiquait, un retrait social dans tous les domaines, prenant une attitude soit hostile soit méfiante soit exigeante, se disant menacé ou incompris, et lorsqu'il était seul, sans espoir, s'efforçant de se détacher le plus possible de tout. Il était profondément convaincu que la perte de ses capacités physiques et psychiques, avec l'absence d'espoir de récupération, l'avaient transformé à un point tel qu'il ne se reconnaissait pas lui-même, devenu incompetent en tout. Très projectif, sans remise en question possible, il devenait très facilement interprétatif, versus idées de persécution (rapport p. 46 et 47). Il aurait certes été utile que le spécialiste étaye davantage ses observations au moyens d'exemples concrets, en particulier dans cette partie de son rapport intitulée « status mental », mais ce dernier ne saurait pour autant être qualifié d'incomplet. Les descriptions précitées correspondent bien à des éléments objectifs, sur lesquels l'expert s'est entre autres fondé, et apparaissent suffisantes. c. Concernant le trouble dépressif récurrent, le SMR soutient que l'expert n'a pas fait état d'anhédonie, de thymie ou de réduction de l'énergie, trois critères indispensables pour retenir un épisode dépressif. Ce grief est pour le moins surprenant, étant rappelé que l'existence d'un trouble dépressif récurrent est admise par tous les médecins spécialistes ayant eu à se prononcer sur le cas du recourant, y compris le Dr N\_\_\_\_\_ et les médecins du SMR. En ce qui concerne l'évaluation du degré d'intensité de cette atteinte, l'expert a exposé qu'elle reposait sur l'observation objective du nombre, de la nature et de la sévérité des symptômes dépressifs au cours des entretiens. Il a ajouté que les plaintes subjectives qui avaient un caractère de sincérité et d'authenticité dans la souffrance, ce qui était le cas du recourant, pouvaient avoir une « valeur de preuve » pour l'évaluation du degré de sévérité (rapport p. 60).

A/3543/2014 - 26/29 - Si le Dr P\_\_\_\_\_ n'a effectivement pas expressément dressé la liste des symptômes du trouble dépressif, la lecture de son rapport permet d'identifier les éléments qu'il a jugés pertinents. Il est notamment rappelé que l'expert a observé un fond de grande tristesse et un sentiment de dévalorisation, avec une estime de soi nulle (rapport p. 47). Le recourant se considérait comme « un pauvre, un raté, un incompetent, un assisté ... à ses yeux, aux yeux de sa famille et aux yeux des autres », estimant avoir perdu le respect des siens, dont celui de ses fils et de son épouse (rapport p. 45). Il avait en outre verbalisé des idées, des allusions et des souhaits de mort, avec un scénario suicidaire (rapport p. 47). Le recourant a déclaré qu'il pleurait souvent et il s'est plaint d'une faiblesse généralisée, d'insomnies, d'absence d'appétit avec un amaigrissement et une fonte musculaire, d'une perte de toute possibilité de plaisir et d'une diminution voire d'une absence de libido (rapport p. 46). Il était incapable de manger, « même les bons plats habituels de son pays d'origine » et avait accusé une perte de poids de 10 kg supplémentaires au cours de l'expertise (rapport p. 45 et 46). L'expert a également fait état d'un retrait social et d'une incapacité de contrôle sur le plan émotionnel (rapport p. 47). Il a conclu que l'état dépressif était moyen en mai et en septembre 2015 (rapport p. 47)

Contrairement à ce que soutient le SMR, l'expert a donc bien signalé une thymie triste, ainsi qu'une perte d'intérêt et de plaisir. Concernant la « réduction d'énergie », il sera rappelé que l'expert a relaté une faiblesse généralisée, des insomnies et une perte de poids importante. d. Le SMR considère contradictoire de décrire le recourant comme théâtral et de le trouver sincère et authentique. L'expert a expliqué que le recourant était « théâtral et pathétique dans la façon d'exprimer et de présenter ses souffrances physiques et Q\_\_\_\_\_, semblant sincère et authentique dans son désarroi » (rapport p. 46), « dans sa souffrance » (rapport p. 60). A nouveau, il aurait été judicieux que le Dr P\_\_\_\_\_ développe son appréciation, mais ces constatations, contenues dans une même phrase, n'apparaissent pas pour autant contradictoires e. Le SMR relève encore que l'agitation psychomotrice ne permet pas de retenir une agitation psychique, laquelle se manifeste par des signes non évoqués par l'expert, soit des cris, des pleurs, des rires immotivés ou une agressivité verbale. Aucune anxiété n'est relevée dans le status, de sorte que le terme d'agitation psychomotrice semblait utilisé à tort. Cette argumentation est difficilement compréhensible car l'expert n'a pas mentionné d' « agitation psychique ». Il a expliqué que le recourant était agité sur le plan psychomoteur car il déambulait et sortait de temps en temps pour aller fumer une cigarette afin de ne pas s'énerver et supporter les entretiens et les relations humaines, ajoutant qu'il était très pauvre ou appauvri dans sa capacité d'abstraire ou de concevoir des sujets « non collés aux faits et au concret » (rapport p. 47).

A/3543/2014 - 27/29 - Cela étant, les éléments cités par l'expert ne permettent pas d'exclure une « agitation psychique » selon les critères mêmes du SMR. En effet, il ressort des plaintes du recourant, considérées comme probantes par l'expert, qu'il pleurait souvent. En outre, le Dr P\_\_\_\_\_ a observé que le recourant était sensible et très émotif, incapable de contrôle sur ce plan. Par moment, il s'était montré dysphorique ou labile, par d'autres plaintif et très triste (rapport p. 47). f. S'agissant du diagnostic de modification durable de la personnalité, le SMR reproche à l'expert d'utiliser alternativement et indéfiniment les termes de trouble de la personnalité et de modification durable de la personnalité, suggérant ainsi une confusion entre les pathologies. De plus, le SMR indique qu'une modification durable de la personnalité survient en l'absence de troubles préalables de la personnalité et renvoie à des anomalies de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Elle ne doit pas être la manifestation directe d'un autre trouble mental ni un symptôme résiduel d'un trouble antérieur. Dans le cas du recourant, compte tenu d'un trouble dépressif récurrent de longue date, la modification de la personnalité correspond à une manifestation directe du trouble de l'humeur. Le SMR ajoute que l'expert semble considérer la possibilité d'une majoration des symptômes pour raison psychique, majoration qui fait partie du registre des troubles factices et ne peut pas être apparentée à une modification durable de la personnalité. Partant, les critères pour retenir un tel diagnostic ne seraient pas remplis. La chambre de céans rappelle tout d'abord que le diagnostic d' « Autres modifications durables de la personnalité (CIM 10 ; F62.8) fait partie des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (CIM 10 ; F60-F69), de sorte que l'utilisation de ces deux locutions n'engendre aucune confusion. En outre, l'expert a considéré que le trouble dépressif récurrent était présent depuis 1999 et que le trouble de la personnalité s'était installé progressivement depuis 2000. Il a notamment expliqué que les troubles de la personnalité décrits par les différents spécialistes ayant examiné le recourant (borderline, narcissique, mixte, « névrose de caractère », majoration de symptômes pour des raisons psychiques), étaient devenus de plus en plus envahissants pour finalement se fixer en une modification durable de la personnalité (rapport p. 61). L'argumentation du SMR selon

laquelle la modification durable de la personnalité serait exclue car le recourant présentait un trouble dépressif de longue date ne paraît donc pas pertinente. Concernant la majoration des symptômes, l'expert a clairement expliqué qu'une modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion ou à une maladie cérébrale englobait par définition le syndrome algique chronique et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (rapport p. 61). g. Enfin, le SMR soulève que les limitations fonctionnelles ne sont pas décrites puisque l'expert s'est contenté de renvoyer à son status clinique. S'il est exact que l'expert n'a pas décrit les restrictions psychiques, il a tout de même affirmé que le recourant était devenu complètement incapable d'avoir une activité professionnelle, de participer normalement à une vie sociale et de s'adapter

A/3543/2014 - 28/29 - à ses relations familiales existantes, car il était polarisé sur ses souffrances physiques et psychiques vécues et ressenties par lui comme étant d'un degré extrême (rapport p. 63). h. Compte tenu de tout ce qui précède, force est de conclure que le rapport du SMR du 8 octobre 2015 n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise judiciaire. 12. Il en va de même du rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2013, étant rappelé que la chambre de céans a jugé nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire eu égard aux conclusions contradictoires émises par ce médecin et la psychiatre traitant. L'expert a dûment motivé les raisons pour lesquelles il s'écartait de certaines conclusions du Dr N\_\_\_\_\_. Ainsi, il s'est déclaré d'accord avec l'existence de limitations fonctionnelles, ainsi qu'avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le Dr N\_\_\_\_\_. Il a également admis que le trouble dépressif ait pu être léger au moment de l'examen de juillet 2013 puisqu'il y avait toujours des fluctuations. En revanche, il ne pouvait confirmer l'estimation de la capacité de travail de 70% car le Dr N\_\_\_\_\_ n'avait pas su reconnaître l'existence d'un trouble de la personnalité et du comportement sous forme de modification durable de la personnalité. Partant, la chambre de céans fera siennes les conclusions du rapport d'expertise judiciaire, auquel elle attribue une pleine valeur probante, et retient que l'incapacité de travail du recourant est totale depuis janvier 2010. 13. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait pas réduire la rente entière à un quart de rente dès le 1er mars 2010. En effet, à cette date, l'amélioration de l'état de santé qui avait été antérieurement constatée n'était plus avérée et ne s'est pas maintenue (art. 88a al. 1 RAI), compte tenu de la dégradation de la capacité de travail du recourant dès le début de l'année 2010. 14. Il convient donc d'admettre le recours et d'annuler la décision de l'intimé du 16 octobre 2014. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2010. 15. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant 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 500.-.

A/3543/2014 - 29/29 - 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.