

# GE\_GERICHTE A/3883/2014 vom 24. November 2015

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3883\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3883_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3883/2014 du 24 novembre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3883/2014 del 24 novembre 2015

## Erwägungen

### E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Genève recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1958, domicilié à Genève, célibataire, a suivi un apprentissage de sertisseur chez B\_\_\_\_\_ SA de 1974 à 1978, puis, après avoir travaillé comme serveur à Davos (GR) et comme magasinier à Zurich, il a exercé durant huit années sa profession de sertisseur chez B\_\_\_\_\_ SA puis dans un petit atelier. Il a été suivi par l'Hospice général depuis novembre 1997, à la suite d'une période de chômage remontant à l'année précédente. [endif]>[if> 2. Le 4 mars 1999, l'assuré a demandé à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (devenu ultérieurement office de l'assurance-invalidité du canton de Genève – ci-après : OAI) des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en raison d'un état dépressif chronique. À la suite du décès de son amie en 1997, il avait déjà fait plusieurs séjours à l'hôpital psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), Belle-Idée, en particulier du 30 mars au 18 avril 1998 et du 11 juillet au 3 novembre 1998. Il en a effectué un nouveau (le huitième) du 30 au 31 mars 1999, lors duquel – selon son rapport du 7 avril 1999 – la doctoresse C\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, avait retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent en épisode alors moyen et de dépendance à l'alcool et au cannabis du fait d'une utilisation continue de ces substances. [endif]>[if> 3. Dans un rapport d'expertise du 23 octobre 2002, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu comme diagnostics selon la CIM-10 un trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen), une dépendance à l'alcool (utilisation continue), aux benzodiazépines (utilisation continue) et au cannabis (pour lequel il était abstinent depuis six mois), ainsi qu'une agoraphobie avec trouble panique. [endif]>[if> De l'anamnèse résultait que l'assuré était l'aîné d'une fratrie de deux enfants, que ses parents s'étaient séparés lorsqu'il avait quatre ou cinq ans et qu'il était resté avec son père, qui s'était remarié avec une femme ayant deux enfants, qui s'était montrée brutale et frappait les enfants. L'assuré avait le souvenir d'une enfance dure. Sa mère biologique était décédée d'une cirrhose alcoolique lorsqu'il avait 24 ans. Sa scolarité avait été moyenne. Il avait fait un apprentissage chez B\_\_\_\_\_ SA avant d'être engagé comme sertisseur dans un petit atelier où il était resté durant huit années, emploi duquel il avait été licencié pour raison économique. Il avait par la suite retrouvé un emploi dans un autre atelier, mais avait été licencié pour les mêmes raisons en mars 1996. Il était depuis lors sans travail. Son amie était décédée en octobre 1997, ce qui avait eu pour conséquence de bouleverser le cours de sa vie et de précipiter la survenue des troubles psychiatriques. Les abus d'alcool, auparavant occasionnels, étaient alors devenus plus fréquents et plus sévères. Un trouble anxieux dépressif aigu était apparu, le deuil prenant alors une allure pathologique. Au niveau de l'anamnèse psychiatrique, le Dr D\_\_\_\_\_ a relaté que l'assuré avait eu un premier contact

avec la psychiatrie dans le cadre de l'école de recrues, après une désertion, qui avait conduit à son exclusion de l'armée. Il n'avait pas été suivi médicalement ensuite de cet incident et ne se souvenait pas du diagnostic alors posé par le médecin de l'armée. Il avait effectué une consultation au département de psychiatrie en octobre 1996 ; le dossier médical mentionnait qu'il souffrait à cette époque de fréquents et sévères abus d'alcool. Suite au décès de son amie, il avait connu une longue période de dépression et avait effectué plusieurs séjours de courte durée à Belle-Idée dans un contexte d'alcoolisations aiguës sévères, à l'exception de deux séjours plus longs, le premier pour sevrage d'alcool et de médicaments, le second en raison d'un épisode dépressif sévère au cours duquel étaient apparues des manifestations psychiatriques (hallucinations auditives). Le traitement médicamenteux avait permis d'obtenir une amélioration clinique. L'assuré avait également brièvement suivi la consultation d'alcoologie durant les mois de mai et de juin 1998. Pour finir, il avait fait un court séjour à Belle-Idée en août 2000 en raison d'une alcoolisation aiguë avec recrudescence des affects dépressifs. L'assuré se plaignait d'anhédonie et d'une fatigue persistante, rendant tout effort pénible. Il indiquait qu'il peinait souvent à se concentrer et que sa mémoire était défaillante. Ces difficultés, fluctuantes et imprévisibles, dépendaient des troubles du sommeil dont il souffrait, et il se retrouvait une à deux fois par semaine épuisé par une nuit de cauchemars. Il souffrait également de trouble panique (attaques d'anxiété à début subit, comportant tachycardie, douleurs précordiales, tremblements, sueurs froides, sensation d'étouffement, crainte de survenue d'une crise cardiaque, crainte de mourir). Ces crises, au départ quotidiennes, se produisaient désormais deux à trois fois par semaine et leurs effets avaient pour conséquence qu'il n'osait plus sortir de chez lui, aggravant ainsi une tendance déjà marquée à la solitude et au repli sur soi. Un rendez-vous ou une obligation déclenchaient une angoisse pouvant durer toute la journée. L'assuré était collaborant, son discours était pauvre et réduit, de débit lent, sans anomalie de forme ni de contenu. Il avait une attitude accablée et un air abattu, la thymie était triste et les affects peu exprimés. Il n'y avait aucun signe de la lignée psychotique. Le médecin estimait que l'assuré abusait sans doute depuis longtemps de l'alcool, et qu'il souffrait peut-être d'une dysthymie primaire (l'anamnèse ne permettait cependant pas de l'affirmer). Le décès sous ses yeux de son amie avait été très traumatique pour lui, provoquant un effondrement thymique avec des alcoolisations extrêmement sévères, de même que des conduites auto-destructrices. Il avait suivi de nombreux séjours hospitaliers et avait pu être sevré du cannabis. La consommation d'alcool, bien que toujours excessive, avait été réduite. Restait la dépendance aux benzodiazépines, pour laquelle l'assuré déclarait cependant n'en consommer que les quantités prescrites par son médecin traitant, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, sans chercher à s'en procurer ailleurs. Malgré l'amélioration clinique constatée, le Dr D\_\_\_\_\_ estimait que l'assuré n'était pas en mesure d'exercer son métier du fait des troubles dont il souffrait (fatigabilité, troubles de la concentration, attaques de panique avec réactions phobiques). Une activité plus légère, ne nécessitant pas autant de précision et de concentration, paraissait à sa portée, si elle tenait compte de son apathie et de son manque d'énergie, de ses troubles de concentration, des restrictions liées aux phobies et à l'anxiété, ainsi qu'aux difficultés ne s'améliorant que lentement et dans le cadre d'un traitement psychologie et social encore non instauré. La capacité de travail exigible était de 50 % à raison de quatre heures par jour, mais une certaine irrégularité était à craindre. Dans la partie « questionnaire en cas de toxicomanie », l'expert D\_\_\_\_\_ a indiqué que la tendance à abuser de l'alcool existait avant le décès de l'amie de l'assuré, mais qu'elle s'était nettement aggravée depuis lors, prenant la forme

d'une dépendance. Elle pouvait être considérée comme un deuil pathologique et par conséquent consécutive à une atteinte à la santé mentale, qui était particulièrement sévère et avait entraîné une consommation aiguë de quantités importantes avec mise en danger de soi-même, dans des paroxysmes d'autodestruction (épisode de coma éthylique, alcoolisations massives avec prise concomitante de médicaments). Cette dépendance, à laquelle s'était ajoutée une dépendance aux benzodiazépines, n'avait pas causé de lésions cérébrales, ni de troubles neurologiques. Elle pouvait avoir augmenté les troubles anxieux et dépressif sous-jacents, en accentuant l'apathie, la tendance à l'isolement et le retrait social.

4. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a rendu un rapport d'examen le 7 janvier 2003 sous la plume du docteur F\_\_\_\_\_. Se basant sur l'expertise rendue par le Dr D\_\_\_\_\_, il a conclu que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité de sertisseur, mais pouvait travailler à 50 % à partir d'octobre 2002 dans une activité adaptée ne nécessitant pas une concentration accrue. Il proposait une révision du dossier au bout d'un an, de même que des mesures professionnelles, « dont les chances de réussir [n'étaient] pas très bonnes ».

5. Dans un rapport du 28 juillet 2003, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a résumé les rapports médicaux antérieurs (notamment du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en médecine psychosomatique, du 15 mars 1999, du Dr E\_\_\_\_\_ du 28 octobre 1999 et du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2002). Il a indiqué partager l'avis du SMR que des mesures professionnelles n'avaient pas de bonnes chances de réussite, et a indiqué que pour évaluer le droit de l'assuré à une rente, elle avait effectué une comparaison des gains sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2000. Elle concluait que l'assuré pouvait bénéficier d'une demi-rente d'invalidité basée sur un taux de 64.3 %, compte tenu d'un revenu avec invalidité brut par année de CHF 21'269.- (à 50 %, avec une réduction supplémentaire de 25 %, pour une activité de niveau 4 [activités simples et répétitives]) et d'un revenu sans invalidité brut par année (réactualisé à 2003) de CHF 59'601.- (à plein temps).

6. Par décision du 18 septembre 2003, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mars 1998, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, puis une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003, basée sur un taux d'invalidité de 64.3 %. D'après les calculs effectués par la Caisse de compensation CIAM-AVS, l'assuré avait droit, pour la période de mars 1998 à décembre 2002 à une rente entière d'invalidité mensuelle de CHF 1'383.- en 1998, CHF 1'397.- en 1999 et 2000, et CHF 1'432.- en 2001 et en 2002, représentant un total de CHF 81'726.- entièrement payé à l'Hospice général en remboursement des prestations fournies par ce dernier. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003, il avait droit à une demi-rente d'invalidité de CHF 733.- par mois, soit de janvier à août 2013 un total de CHF 6'597.-, dont CHF 5'864.- devaient être versés à l'Hospice général.

7. Le 7 octobre 2003, le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu un certificat médical, certifiant d'une incapacité complète de travailler de l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, pour une durée indéterminée.

8. Par courrier daté du 14 novembre 2003, reçu le 18 novembre 2003, l'assuré s'est opposé à la décision de l'OAI du 18 septembre 2003. Le Dr E\_\_\_\_\_ et lui, après avoir longuement discuté de sa situation, avaient conclu que son état de santé était fragile, précaire, entravait fortement sa capacité à reprendre une activité professionnelle, ne serait-ce qu'à 50 %. D'après une attestation médicale établie le 17 novembre 2003 par le Dr E\_\_\_\_\_, jointe à cette opposition, bien que son état fût stable depuis plusieurs années, l'assuré ne pouvait pas effectuer un quelconque travail. Une expertise psychiatrique devait être faite pour évaluer sa capacité de travail ; le Dr E\_\_\_\_\_ n'arrivait pas à se faire d'idée exacte à ce sujet, qui ne relevait pas de son

domaine de spécialité. ![/endif]>[/if]> 9. Par courrier recommandé du 4 décembre 2003, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré. Reprenant l'avis du SMR, il a relevé qu'une expertise psychiatrique avait déjà été effectuée en octobre 2002 et qu'aux dires mêmes du Dr E\_\_\_\_\_ son état était stable, ce qui excluait une modification de l'appréciation médicale de son cas lui reconnaissant une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée. ![/endif]>[/if]> 10. Par un courrier du 28 octobre 2004, représenté par Forum Santé (Permanence de défense des patients et des assurés), l'assuré a demandé à l'OAI pourquoi sa demi-rente n'avait pas été transformée en un trois-quarts de rente, au vu de son taux d'invalidité de 63.4 % et de la révision de LAI. ![/endif]>[/if]> 11. Par communication du 8 novembre 2004, l'OAI a indiqué à l'assuré que son degré d'invalidité était inchangé mais qu'un trois-quarts de rente lui était octroyé dès l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de LAI. ![/endif]>[/if]> D'après les calculs effectués par la caisse de compensation CIAM-AVS, l'assuré avait droit à un trois-quarts de rente de CHF 1'100.- en 2004 et CHF 1'121.- dès 2005. 12. Le 28 novembre 2008, en réponse à un « questionnaire pour la révision de la rente » que l'OAI lui avait fait parvenir, l'assuré a indiqué qu'il était suivi par le Dr E\_\_\_\_\_ et qu'il avait effectué quatorze séjours à Belle-Idée. Il ne travaillait plus depuis mars 1996, et il ne comprenait pas pourquoi « on le (laissait) à 50% ». ![/endif]>[/if]> Suite à des demandes de rapport de l'OAI, le secrétariat médical central de psychiatrie des HUG a indiqué, le 5 décembre 2008, que l'assuré n'était pas suivi par le service psychiatrie, et le Dr E\_\_\_\_\_ a dit, en février 2009, qu'il n'avait pas vu l'assuré depuis quatre ans et ne pouvait donc donner de renseignements à son sujet. 13. Le 28 mars 2009, l'OAI lui ayant demandé quel était son médecin traitant, l'assuré a répondu que son état physique s'était dégradé et qu'il était suivi par le docteur H\_\_\_\_\_, pneumologue, pour une bronchite chronique et une douleur au poumon droit. Il avait par ailleurs rendez-vous chez le docteur I\_\_\_\_\_, cardiologue, en raison d'un problème de tachycardie. ![/endif]>[/if]> 14. Le 8 avril 2009, le docteur H\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'assuré souffrait d'éthylisme, de « BPCO » depuis 2009 et d'un état dépressif, diagnostics ayant tous une répercussion sur la capacité de travail. D'après l'anamnèse, l'assuré souffrait en outre de dyspnée à l'effort et de douleur thoracique. Il n'avait aucune envie d'arrêter de fumer et l'évolution était difficile à prévoir. Son incapacité de travail était de 0 % depuis le 2 avril 2009 ; il n'avait aucune restriction pour le problème respiratoire ; ledit médecin indiquait ne pas se prononcer sur les autres problèmes. ![/endif]>[/if]> Le Dr H\_\_\_\_\_ a joint à son courrier un rapport du 9 mars 2009 que les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, radiologues, lui avaient adressé suite à une radiographie effectuée par l'assuré. Aux termes de ce rapport, les médecins relevaient qu'il n'y avait pas de tassement, que l'image était compatible avec un cal d'une ancienne fracture de côte au niveau de la 9<sup>ème</sup> à droite, que la silhouette cardiaque était dans les limites de la norme, et qu'il n'y avait pas de foyer évolutif ni de masse hilare visible mais une hyperinfiltration. 15. Dans un rapport du 6 mai 2009 adressé au Dr H\_\_\_\_\_, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, a indiqué le bilan qu'il faisait suite à des plaintes de l'assurée de dyspnées d'effort II voire III. Il n'y avait pas de signe de cardiomyopathie dilatée (sur OH) ni de mauvaise fraction d'éjection, calculée à 62 % (marge > 50 %). Aucune valvulopathie organique n'avait été constatée, ni de signe de dysfonction segmentaire d'origine coronarienne le cas échéant. Le bilan rythmique sur 24 heures montrait des moyennes sinusales un peu rapides : nyctémère à 94/min, diurne à 95/min et nocturne à 86/min. Une « TSH » était normale à 1,24 ; en raison des ondes « T » de très haute amplitude, la kaliémie avait été vérifiée, mais elle s'était révélée normale ou dans la limite supérieure à

5,1 mmol/l. Un test d'effort n'avait pas été souhaité par l'assuré ; il était reporté à une date ultérieure. Le Dr I\_\_\_\_\_ allait voir si une mini dose de Concor à 1,25 mg/jour serait objectivement et subjectivement bénéfique à l'assuré, qu'il reverrait un mois plus tard. ![/endif]>[/if> Ce document a été transmis à l'OAI le 8 juin 2009, avec la précision que l'assuré ne s'était pas présenté au rendez-vous qui avait été prévu pour le 8 juin 2009. 16. Le 10 juin 2009, l'OAI a demandé au SMR de se déterminer, en relevant que selon le pneumologue, l'assuré était en état d'incapacité totale de travailler concernant le plan pulmonaire, et a soulevé la question de savoir s'il fallait faire une nouvelle expertise psychiatrique. Le 1<sup>er</sup> juillet 2009, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du SMR, a indiqué qu'à la lecture du dossier, l'assuré souffrait d'une dépression « chronique » et de multi-dépendances psychiques probables, et que la situation médicale était inchangée. ![/endif]>[/if> 17. Par communication du 1<sup>er</sup> juillet 2009, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'il continuerait donc de bénéficier de la même rente sur la base d'une invalidité de 64 %. Il lui était loisible de demander dans les trente jours la notification d'une décision écrite sujette à recours. ![/endif]>[/if> 18. Le 19 juin 2013, dans le cadre d'une révision de son dossier initiée par l'OAI, l'assuré a retourné à ce dernier le « questionnaire pour la révision de la rente », en indiquant que son état de santé s'était aggravé et qu'il était suivi par le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne au Centre médical de la Servette. Il précisait être toujours sans activité lucrative. ![/endif]>[/if> 19. Le Dr L\_\_\_\_\_ a retourné à l'OAI, en date du 4 septembre 2013, le formulaire « rapport médical », en indiquant que l'assuré souffrait de troubles psychiatriques non connus et non précisés depuis environ 1997, ayant des effets sur sa capacité de travail, ainsi que d'un « BPCO », d'un épanchement pleural en 2009, d'un tabagisme actif et d'une suspicion d' « HTA », n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail. Il ne prenait plus de psychotropes depuis environ 2006. Il souffrait toujours de dyspnée d'effort, de palpitations à l'effort et de vertiges. Le pronostic était bon. Hormis la prise des médicaments prescrits, le Dr L\_\_\_\_\_ recommandait à ce que l'assuré suive un traitement psychiatrique si nécessaire. Dans le cadre de la procédure en révision de la rente d'invalidité, une évaluation psychiatrique lui semblait nécessaire afin de préciser les troubles dont souffrait l'assuré. Il ne disposait pas des lettres de sortie de Belle-Idée ni d'autres rapports des hôpitaux ou de spécialistes. ![/endif]>[/if> 20. Le 23 septembre 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'il n'avait plus vu l'assuré depuis plus de dix ans. ![/endif]>[/if> 21. En date du 10 octobre 2013, la doctoresse M\_\_\_\_\_ du SMR a suggéré à l'OAI de demander à l'assuré le nom de son psychiatre traitant et de requérir de ce dernier un rapport intermédiaire, ainsi que de solliciter les rapports d'hospitalisation de Belle-Idée des cinq dernières années. ![/endif]>[/if> 22. Par courrier reçu par l'OAI le 24 octobre 2013, l'assuré a indiqué que suite au décès de son amie à son domicile, il s'était rendu, sur conseil d'un médecin de SOS-Médecins, à Belle-Idée et qu'il y avait fait en tout quatorze séjours en l'espace de trois ans (d'une durée de 24 heures à 6 mois). Il avait ensuite été suivi par le Dr G\_\_\_\_\_, puis par le Dr E\_\_\_\_\_. Il n'avait plus de suivi psychiatrique, et était suivi par le Dr L\_\_\_\_\_, généraliste. Sa santé physique se dégradait de jour en jour. ![/endif]>[/if> 23. Le 5 novembre 2013, le secrétariat médical central des HUG a indiqué à l'OAI qu'il n'était pas possible aux médecins de compléter le formulaire « rapport médical » du fait que l'assuré n'avait plus été suivi par le département de santé mentale et de psychiatrie des HUG depuis l'été 2000. ![/endif]>[/if> 24. Dans un avis médical du 3 décembre 2013, les D<sup>resses</sup> M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ du SMR ont estimé qu'il était nécessaire de programmer une

expertise psychiatrique afin de vérifier si l'atteinte psychique de l'assuré persistait et si elle était ou non incapacitante, en proposant une série de questions à l'intention de l'expert à désigner, portant sur l'évolution de l'état psychique et les dépendances de l'assuré depuis l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ de 2002. ![/endif]>![if> 25. Le 25 mars 2014, l'OAI a confié un mandat d'expertise psychiatrique au docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et il en a informé l'assuré en lui indiquant les questions posées audit expert. ![/endif]>![if> 26. Le Dr O\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise en date du 28 juin 2014, sur la base d'un entretien de deux heures trente-cinq minutes avec l'assuré intervenu le 26 juin 2014 et de l'étude du dossier médico-asséculogique. ![/endif]>![if> Après avoir décrit les circonstances dans lesquelles intervenait son expertise et établi un résumé chronologique des données résultant du dossier médico-administratif de l'assuré, le Dr O\_\_\_\_\_ a relaté l'anamnèse professionnelle, l'anamnèse familiale et l'anamnèse psychosociale et psychiatrique de l'assuré, et il a décrit le déroulement du quotidien de l'assuré et indiqué les médicaments qu'il prenait. Il a mentionné les plaintes et les symptômes présentés par l'assuré. Concernant le status psychiatrique de l'assuré, l'expert a relevé que ce dernier, âgé alors de 56 ans, paraissait plus que son âge et était d'une présentation peu soignée, aux soins corporels négligés. Il était orienté dans les trois modes. Son attitude était collaborante. Il n'y avait pas de signes de fatigue, d'imprégnation alcoolique, de stigmates alcooliques, de signe d'imprégnation par d'autres substances psychoactives (notamment de cannabis). Il n'y avait ni démonstrativité ni théâtralité. Évalué cliniquement, le fonctionnement intellectuel était dans la norme. Les capacités d'introspection, de mentalisation et d'élaboration étaient quasiment inexistantes. Il n'y avait pas de labilité émotionnelle. L'humeur était discrètement déprimée, avec une tristesse intermittente et un épisode de larmes aux yeux, une diminution de la mimique, mais pas de perte de l'élan vital, d'abattement, et la gestuelle et la modulation de la voix étaient conservées. Il n'y avait pas de ralentissement idéomoteur. Il y avait présence d'une anxiété, sans symptômes neurovégétatifs ni d'autres symptômes si ce n'était une tension. Il n'y avait pas d'irritabilité. La vigilance, l'attention, la concentration et la mémoire étaient sans particularité. Le discours spontané avait lieu normalement ; le discours était structuré, clair et informatif. La capacité de projection dans l'avenir était conservée. La conscience était claire ; il n'y avait pas de bizarreries dans les croyances ou le comportement, pas d'idées délirantes, pas de relâchement des associations, pas de barrages idéiques, d'attitudes d'écoute, de soliloque, de rires immotivés, de néologismes ou de tout autre élément psychotique. Il n'y avait pas de moments d'élévation de l'humeur, de désinhibition, d'agitation psychomotrice, de logorrhée, de tachyphémie, de tachypsychie, d'augmentation de la communicabilité, de familiarité, de distractibilité, de fuites des idées, de sauts du coq-à-l'âne, de jeux de mots, de calembours ou de tout autre élément maniaque ou hypomaniaque. L'assuré fumait du tabac depuis l'âge de vingt ans (un paquet par jour lors de l'expertise). L'expert retenait comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode alors léger sans syndrome somatique (F 33.00), depuis octobre 1997, et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F 10.1), depuis octobre 1996. Dans l'appréciation et la discussion du cas, l'expert a expliqué que l'assuré ne souffrait pas de trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles. L'assuré n'avait pas signalé de souffrance psychique avant octobre 1997, lors du décès de son amie ; il avait été à même de faire une formation professionnelle selon un cursus normal et de s'intégrer dans le monde du travail. Sur le plan sentimental, il avait eu des relations avec des

personnes parfois marginalisées ; il ne s'avérait pas inapte à s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme, ni que sa vie sentimentale fût hautement déstructurée. La plupart des critères généraux pour la pose d'un diagnostic de trouble de la personnalité n'étaient pas vérifiés, certains étaient partiellement présents et un d'eux était vérifié ; globalement, le seuil diagnostique n'était pas atteint. L'assuré présentait cependant une fragilité constitutionnelle psychique dans le sens d'une vulnérabilité à la manifestation de symptômes de dépression. Concernant la dépression et la consommation d'alcool, il n'y aurait selon l'assuré aucun antécédent avant octobre 1997, contrairement à ce que retenait le rapport d'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ du 23 octobre 2002, qui faisait mention d'un dossier médical relevant de fréquents et sévères abus d'alcool antérieurs au décès de l'amie de l'assuré. Ce décès avait en tout état mené à une décompensation sur un mode dépressif et à une problématique alcoolique franche. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent avait été posé par les médecins dès 1998. La récente rechute de l'assuré, due au décès de sa chienne le 13 février 2014, avait impliqué une hospitalisation à Belle-Idée en mars 2014 pendant une dizaine de jours. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en épisode alors léger sans syndrome somatique devait être posé. Concernant l'effet sur la capacité de travail, l'expert relevait que la réduction de l'énergie était discrète ; il y avait une aboulie (perte de volonté) partielle, se traduisant par le fait que l'assuré négligeait sa propre personne ; le manque de confiance en soi influençait négativement l'aptitude au travail. Celle-ci était de 70 %. Le diagnostic de maladie alcoolique, de dépendance à l'alcool avait été posé dans des rapports médicaux des années 1998, 1999 et 2002, et un éthylisme (terme imprécis) avait été mentionné dans un rapport médical de l'AI en 2009. Suite au décès de sa chienne, l'assuré avait de nouveau décompensé sur un mode dépressif, ce qui avait mené à une recrudescence de consommation alcoolique, avec une hospitalisation à Belle-Idée puis un suivi, qui perdurait, à la consultation ambulatoire d'addictologie psychiatrique Grand-Pré à Genève. Le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis devait être posé, mais il n'y avait pas d'éléments en faveur d'une dépendance actuelle, et 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 neuropsychologiques, ni de séquelles intellectuelles, ni de séquelles psychotiques. Une abstinence totale était exigible, l'alcool agissant défavorablement sur la symptomatologie dépressive et anxieuse. Mentionné en 1998, 1999 et 2002, un diagnostic de troubles mentaux et troubles de comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis ne devait pas être posé, car il n'y avait ni troubles mentaux ni troubles du comportement en rapport avec la prise, sporadique, de cette substance, en particulier pas de syndrome d'apathie et de manque de motivation. Également mentionné en 1998 et 2002, un diagnostic de dépendance aux benzodiazépines ne devait pas non plus être retenu, l'assuré ne consommant que les quantités prescrites par le médecin traitant interniste, sans chercher à s'en procurer ailleurs, et à des posologies basses. En tout état, il n'y avait pas de séquelles incapacitantes suite à une problématique de dépendance aux benzodiazépines dans le passé, en particulier pas de trouble amnésique ni de démence persistante. Un diagnostic de trouble panique, mentionné en 2002 (pas formellement sous la rubrique des diagnostics psychiatriques), ne devait pas non plus être posé, ni celui d'agoraphobie (également mentionnée en 2002), l'angoisse présentée par l'assuré étant un phénomène d'accompagnement à la dépression. L'abstinence complète à l'alcool permettrait une diminution de ces épisodes d'angoisse. S'agissant du pronostic, il y avait des éléments favorables (constitués par l'absence de trouble de la personnalité, la recherche de soins

spécifiques et l'étayage socio-familial préservé), et des éléments défavorables (constitués par les rechutes de la consommation d'alcool, la fragilité constitutionnelle psychique, l'hérédopathie et la récurrence des dépressions). Globalement, le pronostic devait être qualifié d'incertain. Le trouble dépressif récurrent impliquait des limitations fonctionnelles alors à l'origine d'une incapacité de travail de 30 %, mais – du fait que l'état dépressif était réactionnel à un événement (la perte de la chienne en février 2014) – l'épisode en cours se résorberait à moyen terme, si bien qu'une pleine capacité de travail était susceptible d'être récupérée au plus tard au début de l'année 2015, avec cependant un risque non négligeable de rechute dépressive. Concernant les incapacités de travail passées, elle avait été de 50 % d'octobre 2002 à novembre 2003 dans une activité adaptée ; une pleine capacité de travail avait probablement été récupérée en novembre 2003, puis conservée jusqu'en février 2014 ; il n'y avait pas d'arguments clairs en faveur d'une dépression incapacitante pendant cette période de 2002 (recte 2004) à 2014 ; s'il y avait eu une problématique de consommation d'alcool pendant ces années, elle n'avait pas été incapacitante de manière durable. Une incapacité de travail totale avait existé en mars 2014, une capacité de travail de 70 % avait été récupérée le jour de l'examen psychiatrique (26 juin 2014), et une pleine capacité de travail serait récupérée au plus tard à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015. L'abstinence à l'alcool était exigible et diminuerait le risque d'une nouvelle décompensation dépressive et anxieuse. Cette exigibilité était médicale, théorique, car, en pratique, il était peu vraisemblable que l'assuré reprenne un processus professionnel, tant il était persuadé d'être inapte à quelque activité que ce soit, en plus de son déconditionnement professionnel prononcé ; mais ces deux aspects n'étaient pas constitutifs d'une pathologie mentale. L'activité de sertisseur était exigible à raison de 2.5 heures par jour (30 %), mais la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans toute activité était de 70 % dans l'immédiat, ceci sans diminution de rendement. Du fait du manque de motivation de l'assuré, des mesures de réadaptation professionnelle étaient irrémédiablement vouées à l'échec. 27. Dans un avis du 1<sup>er</sup> juillet 2014, la D resse M\_\_\_\_\_ du SMR s'est alignée sur les conclusions de l'expertise rendue par le Dr O\_\_\_\_\_, celle-ci ayant été conduite dans les règles de l'art et étant convaincante. L'incapacité de travail avait été totale du 1<sup>er</sup> février 2014 au 25 juin 2014, de 30 % à compter du 26 juin 2014, et une pleine capacité de travail était susceptible d'être récupérée jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Par conséquent, sa capacité de travail était de 30 % dans toute activité depuis le 26 juin 2014 (recte : 70 % selon un courriel correctif du 8 septembre 2014). 28. Le 2 septembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de réduction de sa rente d'invalidité. Son état de santé s'était amélioré ; sa capacité de travail était de 70 % dans toute activité à compter du 26 juin 2014. L'OAI avait effectué une comparaison des revenus avec et sans invalidité, en se basant sur l'ESS et sur les indications d'un homme travaillant dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives), en retenant une réduction supplémentaire de son revenu d'invalidité de 10 % en raison de son âge. Le revenu sans invalidité (réactualisé) était de CHF 67'089.- et le revenu avec invalidité de CHF 39'483.- ; la perte de gain était donc de CHF 27'606.-, et le degré d'invalidité de 41 %. Il avait droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014, en lieu et place du trois-quarts de rente qui lui était versée. 29. L'OAI en a informé la caisse de compensation FER-CIAM (ci-après : FER-CIAM) par courrier du 17 septembre 2014. 30. Par courrier du 25 septembre 2014, l'assuré a déclaré faire opposition à ce projet de décision de l'OAI, car il ne correspondait pas à son état de santé actuel. Il avait souvent des angoisses, des états de panique ; il n'osait plus sortir, car il avait peur, parfois durant plusieurs jours, devant rebrousser chemin lorsqu'il se trouvait à

l'extérieur, et ne pouvant se rendre à ses rendez-vous, se sentant trop angoissé. Depuis le décès de son amie, il faisait fréquemment des cauchemars, souffrait de pertes de mémoire, malgré son abstinence prolongée. Au niveau physique, son état de santé s'était beaucoup péjoré depuis quelques mois ; il s'essouffait très vite, souffrait d'apnées du sommeil et se réveillait le matin en étant déjà épuisé. Il rencontrait également des problèmes articulaires, notamment au niveau des bras et des jambes. Il souhaitait que l'OAI communique le rapport médical à son psychiatre, le docteur P\_\_\_\_\_, et reconsidère sa décision, qui ne prenait pas en compte tous les éléments médicaux qui altéraient son quotidien. ![/endif]>![if> 31. Le 29 septembre 2014, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il allait procéder à un nouvel examen de son dossier à la lumière des éléments qu'il avançait. Il en a informé la FER-CIAM, qui, par courriel du 6 octobre 2014, a indiqué qu'elle attendrait de recevoir la décision de l'OAI pour faire la décision de diminution de rente de l'assuré. ![/endif]>![if> 32. Le 29 octobre 2014, la D resse M\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que l'assuré ne faisait pas valoir d'éléments médicaux d'aggravation plausibles. Le rapport d'expertise pouvait être envoyé au médecin traitant. ![/endif]>![if> 33. Par décision du 31 octobre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré une décision reprenant les termes et conclusions de son projet du 2 septembre 2014, diminuant à compter du 1 er octobre 2014 à un quart de rente la rente d'invalidité octroyée à l'assuré. ![/endif]>![if> Il en a informé la FER-CIAM et a envoyé le dossier de l'assuré au Dr Q\_\_\_\_\_ du Centre ambulatoire d'addictologie psychiatrique du Grand-Pré. 34. Par décision du 17 novembre 2014, l'OAI a envoyé à l'assuré une nouvelle décision, au contenu identique à celle du 31 octobre 2014 sous la réserve que la diminution de rente d'un trois-quarts de rente à un quart de rente intervenait à compter du 1 er janvier 2015. Il en a aussi informé la FER-CIAM, qui, par courrier du 17 novembre 2014, a indiqué à l'assuré que son quart de rente serait de CHF 409.- dès le 1 er janvier 2015. ![/endif]>![if> 35. Par acte du 16 décembre 2014, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il se sentait beaucoup moins bien depuis 2005 aussi physiquement que psychiquement. Il évitait à tout prix les hospitalisations à Belle-Idée, ce qui ne signifiait pas qu'il allait mieux. Il ne comprenait pas la décision de l'OAI de diminuer sa rente. Lorsqu'il allait mal, il ne consultait pas, restait enfermé chez lui, ne se sentant plus capable de sortir. Il transmettait en annexe à son recours un certificat de son psychiatre, en précisant que ce dernier ne le connaissait « pas encore très bien » étant donné qu'il ne l'avait rencontré qu'à deux ou trois reprises. ![/endif]>![if> Dans son certificat médical du 9 décembre 2014, le docteur R\_\_\_\_\_, médecin interne auprès des HUG, a indiqué avoir repris la prise en soin de l'assuré au service d'addictologie des HUG depuis le 3 novembre 2014. Sur le plan addictologique, l'assuré était en phase de rechute de consommation alcoolique, consommant de l'alcool plusieurs fois par semaine à but d'anxiolyse. Sur le plan thymique, il présentait une symptomatologie dépressive d'intensité modérée à sévère, avec anhédonie partielle, asthénie, aboulie, troubles du sommeil à type d'endormissement et de réveil précoce, amendés sous Imovane au coucher, baisse de l'appétit, sans sentiment de culpabilité excessif, sans idéations suicidaires passives ou actives. Sur le plan pharmacologique, le traitement avait été modifié en raison d'un sentiment de tension interne en augmentation. 36. Dans sa réponse du 28 janvier 2015, l'OAI a relevé que l'évaluation qu'il avait faite était basée notamment sur l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr O\_\_\_\_\_, laquelle remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un rapport d'expertise. L'assuré n'apportait dans son recours aucun élément permettant de remettre ce rapport en cause. Le Dr R\_\_\_\_\_ n'avait vu l'assuré pour la première fois que le 3 novembre 2014, et avait

rendu son certificat médical le 9 décembre 2014. Consulté à propos de ce certificat, le docteur S\_\_\_\_\_ du SMR relevait que ce certificat médical ne faisait que confirmer la dépendance importante de l'assuré à l'alcool, et que la description de l'état psychique de l'assuré ne permettait pas de retenir le critère de sévérité du trouble dépressif. L'OAI se ralliait à cet avis médical. Les constatations et conclusions de l'expert psychiatre n'étaient pas valablement mises en doute par le certificat médical du Dr R\_\_\_\_\_. La situation médicale de l'assuré avait été parfaitement élucidée. Le recours devait être rejeté et la décision rendue confirmée. ![/endif]>![if> 37. Une copie de cette écriture a été transmise à l'assuré, qui n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été donnée à cette occasion de présenter des observations. La cause a alors été gardée à juger. ![/endif]>![if> EN DROIT

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 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI. ![/endif]>![if> 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. 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. ![/endif]>![if> 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. 3. Par décision du 18 septembre 1998, l'intimé a reconnu le recourant invalide à 100 % du 1 er mars 1998 au 31 décembre 2002, puis à 64 % dès le 1 er 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 4 ème révision de la LAI en date du 1 er 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 1 er 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 1 er janvier 2015. ![/endif]>![if> 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. ![/endif]>![if> 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 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).

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 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.

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 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-FELLY, 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 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 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 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 (ruminations 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.

#### **E. 10**

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. 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 1<sup>er</sup> janvier 2015, n'est pas contesté. Mal fondé, le recours doit être rejeté. 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. 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.