



**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1964, de nationalité portugaise, titulaire d'une autorisation d'établissement C, marié, père de deux enfants nés en 1993 et 1995 est entré en Suisse le 15 juin 1988.
2. L'assuré a travaillé comme employé technique pour l'hôtel Président du 1<sup>er</sup> mars 1993 au 28 février 1998, date à laquelle il a été licencié en raison d'une restructuration du service.
3. Le 23 mars 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'une dépression nerveuse.
4. Le 29 avril 1999, la doctoresse B\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 22 février 1999 en raison d'un épisode dépressif majeur, isolé, sévère, sans caractéristiques psychotiques et anxiété généralisée.
5. L'assuré a été suivi par le service de psychiatrie générale des HUG, consultation des Eaux-Vives, par différents médecins.
6. Le 11 janvier 2001, le docteur C\_\_\_\_\_, de ladite consultation, a attesté d'un trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique, d'un trouble de la personnalité sans précision et d'une incapacité de travail totale depuis le 7 juin 1999, début du traitement.
7. Par décisions des 3 décembre 2001 et 9 janvier 2002, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 100% depuis le 1<sup>er</sup> avril 1999.
8. L'OAI a ouvert une procédure de révision en janvier 2003.
9. Le 29 janvier 2003, l'assuré a indiqué que son état de santé était inchangé.
10. Le 4 mars 2003, le docteur D\_\_\_\_\_ a indiqué un état de santé stationnaire avec des limitations fonctionnelles d'irritabilité, anhédonie, sentiment de dévalorisation, difficultés de concentration et d'attention, faible tolérance à la frustration et fatigabilité; le suivi était mensuel et un traitement médicamenteux était ordonné avec une bonne compliance. L'incapacité de travail était totale, mais un travail en atelier AI préconisé.
11. Le 7 avril 2003, le docteur E\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le statu quo était réalisé et qu'une révision à cinq ans se justifiait.
12. Par communication du 7 avril 2003, l'OAI a maintenu la rente entière d'invalidité.
13. L'OAI a entamé une procédure de révision en avril 2008. L'assuré a indiqué le 7 mai 2008 que son état de santé était inchangé.
14. Le 7 août 2008, le docteur F\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI en indiquant un état de santé stationnaire, un diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool,

utilisation nocive pour la santé depuis 1997; le pronostic était peu favorable; les limitations étaient liées à l'état dépressif et aux traits de personnalité pathologique. L'incapacité de travail était totale; une activité occupationnelle serait une première étape.

15. Par communication du 14 août 2008, l'OAI a maintenu la rente entière d'invalidité de l'assuré.
16. En septembre 2010, l'OAI a ouvert une procédure de révision. L'assuré a mentionné un état de santé inchangé.
17. Le 3 novembre 2010, le docteur G\_\_\_\_\_, médecine interne, a indiqué un état de santé stationnaire; les limitations relevaient de l'asthénie, de douleurs somatiques, d'anxiété, d'irritabilité massive avec important retentissement sur le fonctionnement; l'incapacité de travail était totale.
18. Le 18 mai 2012, la doctoresse H\_\_\_\_\_, médecin interne, a indiqué un état de santé stationnaire; les limitations relevaient d'une diminution de l'élan vital, de trouble de la concentration, de mauvaise gestion de la contrariété, d'intolérance à la frustration et de douleurs somatiques.
19. Le 17 septembre 2013, la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin interne au service de psychiatrie générale des HUG, a donné des renseignements au Dr J\_\_\_\_\_, FHM psychiatrie et psychothérapie, mandaté par l'OAI pour réaliser une expertise de l'assuré.

Elle avait vu l'assuré à deux reprises. L'assuré avait annoncé une surconsommation d'alcool mais était dans le déni de sa problématique. Depuis deux-trois ans, il avait baissé sa consommation.

Elle retenait comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, une anxiété généralisée, une dépendance à l'alcool avec une consommation apparemment contrôlée actuellement et un trouble de la personnalité sans précision. Un trouble somatoforme sans précision avait également été évoqué par ses anciens collègues.

20. Le Dr J\_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise le 10 octobre 2013, fondé notamment sur un entretien avec l'assuré le 4 juillet 2013.

L'assuré se plaignait de douleurs à la nuque, de cervicalgies, de tensions musculaires. L'expert a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif majeur de gravité légère; dépendance éthylique mieux contrôlée; personnalité du registre état limite impulsif; obésité, cf spécialiste concerné; difficultés socio-économiques (autres ?).

Au plus tard le 24 avril 2012, date de la dernière consultation auprès de la Dresse H\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assuré était entière. Il n'y avait aucune limitation; l'assuré était capable de donner des coups de main à des amis pour de la petite manutention et comme chauffeur-livreur.

21. Le 15 novembre 2013, le docteur K\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ était convaincante.
22. Par projet de décision du 11 février 2014, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré en se fondant sur l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_.
23. Le 28 février 2014, l'assuré a indiqué que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il contestait le projet de décision.
24. Le 3 mars 2014, la Dresse I\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI en relevant que l'assuré était suivi depuis 1999 aux Centres ambulatoires de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI) pour un trouble dépressif récurrent et une anxiété généralisée, sans amélioration clinique; l'assuré était incapable de faire face à tout évènement stressant et développait une anxiété invalidante qui l'empêchait d'effectuer toute activité; elle contestait la suppression de la rente d'invalidité.
25. Par décision du 28 mars 2014, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré en estimant que l'avis de la Dresse I\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément médical nouveau.
26. Le 29 avril 2014, l'assuré, représenté par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS), a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation. L'OAI ne s'était pas prononcé sur sa capacité à se réinsérer et la Dresse I\_\_\_\_\_ contestait l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_.
27. Le 22 mai 2014, l'assuré a complété son recours.

L'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ s'était déroulée sans traduction alors que lui-même parlait mal le français. Le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ divergeait de ceux de ses confrères et il ne discutait pas les derniers avis; il l'estimait capable de travailler depuis la dernière consultation de la Dresse H\_\_\_\_\_ alors que celle-ci avait confirmé son incapacité totale de travail; le Dr J\_\_\_\_\_ considérait que l'octroi initial de la rente était injustifié; il ne justifiait pas une amélioration de l'état de santé, il n'arrivait même pas à mener à bien les coups de main donnés à des amis et le Dr J\_\_\_\_\_ en tirait des conclusions erronées; le fait qu'il avait eu une maîtresse durant dix ans avec laquelle il avait fréquenté les casinos ne plaidait pas pour un état de santé psychique équilibré; l'expert proposait un contrôle par un détective, ce qui outrepassait son rôle d'expert; il mettait en doute ses souffrances et ne soulignait pas les traitements suivis. L'expertise n'avait aucune valeur probante et son état de santé ne s'était pas amélioré.

L'assuré a produit un avis de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 15 mai 2014 selon lequel l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et un trouble anxieux généralisé. La symptomatologie était fluctuante. Au moindre stress, l'assuré ne pouvait affronter la situation et décompensait. Sa capacité de travail était nulle.

28. Le 17 juin 2014, le Dr K\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la Dresse I\_\_\_\_\_ ne fournissait aucun élément médical objectif permettant de justifier les diagnostics retenus; elle ne faisait pas de description des signes de nervosité ou de tension, ni de baisse de l'humeur.

29. Le 19 juin 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.

L'assuré ne démontrait pas des erreurs dans l'expertise engendrées par un manque de compréhension du français; l'expert avait pris le temps nécessaire lors de l'unique entretien, pour entendre l'assuré et recueillir les données utiles. La Dresse I\_\_\_\_\_ n'était apparemment pas psychiatre; le Dr J\_\_\_\_\_ avait expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'avis des médecins-traitant; son expertise était complète car elle tenait justement compte de faits connexes importants (vie sentimentale, sociale, amicale). L'expertise était probante.

30. Le 30 juin 2014, la Dresse I\_\_\_\_\_ a signé à nouveau son avis médical du 15 mai 2014. Le document a été visé par le professeur L\_\_\_\_\_, médecin responsable de secteur au service de psychiatrie générale des HUG.

31. Le 8 juillet 2014, l'assuré a observé que la Dresse I\_\_\_\_\_ était en formation pour obtenir son FMH, tout en relevant que son avis médical du 30 juin 2014 était confirmé par le Prof. L\_\_\_\_\_ et que le Dr K\_\_\_\_\_ du SMR n'était pas non plus psychiatre FMH. Le Dr J\_\_\_\_\_ n'avait pas expliqué comment son état de santé se serait amélioré, alors que les intervenants des HUG ne l'avaient pas remarqué.

32. Le 22 juillet 2014, l'OAI a observé qu'un médecin du SMR était habilité, quelle que fût sa spécialisation, à émettre un avis sur un rapport médical; il ne ressortait pas de l'avis du 30 juin 2014 que le Prof. L\_\_\_\_\_ avait suivi l'assuré. Il a transmis un avis du Dr K\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2014 selon lequel l'avis de la Dresse I\_\_\_\_\_ n'était qu'une estimation personnelle de la capacité de travail de l'assuré.

33. Le 8 septembre 2014, au cours d'une audience de comparution personnelle des parties, l'assuré a déclaré ce qui suit : « S'agissant de mon état de santé, il y a des jours où cela va et des jours où cela ne va pas. J'ai en particulier des maux de tête, des douleurs au niveau du cœur. S'agissant de mes journées, je reste sur le canapé, parfois je sors un peu. Je retrouve parfois des amis au café. Dès que je me sens mal, je rentre chez moi. Lorsque j'ai des crises, je rentre chez moi. Celles-ci se manifestent par une oppression thoracique et des difficultés à respirer. J'ai toujours du Seroquel en réserve avec moi.

Je suis actuellement suivi par la Dresse I\_\_\_\_\_, une fois par mois. Je la vois plus souvent en cas de crise. Depuis 2002, j'ai toujours été suivi aux HUG. Chaque année, voire chaque deux ans, les médecins changent.

J'ai été reçu par le Dr J\_\_\_\_\_ pour un entretien d'environ une heure. L'expertise s'est bien passée. Je ne me rappelle pas avoir passé des tests. En revanche, une prise de sang a été effectuée.

Il n'y a pas eu d'interruption de traitement auprès de la Dresse H\_\_\_\_\_. A mon souvenir, celle-ci a quitté le CAPPI et a été remplacée par la Dresse I\_\_\_\_\_. Mon traitement n'a pas été interrompu entre avril 2012 et juin 2013. Il se peut qu'il y ait eu d'autres médecins entre la Dresse H\_\_\_\_\_ et la Dresse I\_\_\_\_\_.

S'agissant de ma consommation d'alcool, comme j'étais stressé, j'ai bu sept à huit bières ces deux derniers jours. Habituellement, je ne bois pas beaucoup, soit une panachée ou un verre de rouge avec des amis. Avant, je buvais beaucoup de bières. J'ai réussi à diminuer car mes médecins me disaient que j'avais le foie un peu grand et aussi que c'était peu compatible avec la prise d'antidépresseurs.

Je ne sais pas ce qui se passe avec mon dossier. Je ne comprends pas pourquoi ils ont indiqué que je n'étais pas suivi au CAPPI. Il y a dû avoir une erreur concernant mon nom. Par ailleurs, je ne comprends pas pourquoi l'OAI a pris cette décision car je ne me sens pas mieux. Malgré le fait que j'ai fait des efforts et que je me sois sorti d'une situation difficile, je ne me sens pas du tout capable de reprendre un travail. ».

34. Le 12 septembre 2014, la chambre de céans a convoqué le Dr J\_\_\_\_\_ à une audience d'enquête pour le 6 octobre 2014.
35. Le 26 septembre 2014, le Dr J\_\_\_\_\_ a écrit à la chambre de céans qu'il ne se présenterait pas le 6 octobre 2014.
36. Le 1<sup>er</sup> octobre 2014, la chambre de céans a convoqué à nouveau le Dr J\_\_\_\_\_ pour le 13 octobre 2014.
37. Le 8 octobre 2014, le Dr J\_\_\_\_\_ a sollicité un délai de huit semaines avant toute convocation.
38. Le 13 octobre 2014, la chambre de céans a informé le Dr J\_\_\_\_\_ qu'un report de l'audience était possible, au plus tard le 3 novembre 2014, et l'a convoqué pour cette date.
39. Le 29 octobre 2014, le Dr J\_\_\_\_\_ a écrit à la chambre de céans qu'il ne lui était pas possible de se présenter le 3 novembre 2014.
40. L'audience du 3 novembre 2014 a eu lieu et il a été noté que le témoin ne s'est pas présenté.

L'assuré a à cette occasion précisé qu'il avait un ami qui tenait un restaurant et qui lui téléphonait de temps en temps pour lui remonter le moral et pour qu'il vienne avec lui l'accompagner pour faire des courses; il avait un autre ami qui avait une entreprise de transport, qu'il avait accompagné une seule fois à Zürich.

41. Le 3 novembre 2014, la chambre de céans a émis un avis d'amende de CHF 1'000.- notifié au Dr J\_\_\_\_\_ en raison de l'absence non justifiée de celui-ci à l'audience du 3 novembre 2014; cet avis est entré en force, faute d'avoir été contesté dans les trente jours ou encore au cours de l'audience où le témoin a été entendu en l'occurrence le 26 janvier 2015.

42. Le 4 novembre 2014, la chambre de céans a convoqué le Dr J\_\_\_\_\_ à une audience pour le 17 novembre 2014.
43. Le 11 novembre 2014, le Dr J\_\_\_\_\_ a écrit à la chambre de céans qu'il avait planifié ce jour-là des expertises, de sorte qu'il n'était pas disponible.
44. Le 14 novembre 2014, le service de psychiatrie générale des HUG, secteur Eaux-Vives, a attesté du suivi de l'assuré par la Dresse H\_\_\_\_\_ les 12 janvier, 30 janvier, 17 février, 16 mars, 24 avril, 23 mai, 13 juin, 23 septembre et 16 octobre 2012, puis par la Dresse M\_\_\_\_\_ les 3 décembre 2012, 7 janvier, 27 mars et 23 avril 2013 et par la Dresse I\_\_\_\_\_ les 10 juin, 1<sup>er</sup> juillet, 19 novembre, 16 décembre 2013, 21 janvier, 17 février, 24 février, 27 février, 18 mars, 14 avril, 24 avril, 12 mai, 17 juin, 10 juillet, 2 septembre, 22 septembre, 16 octobre et 6 novembre 2014.
45. Le 18 novembre 2014, la chambre de céans a convoqué le Dr J\_\_\_\_\_ pour une audience pour le 26 janvier 2015.
46. Le Dr J\_\_\_\_\_ a été entendu par la chambre de céans en date du 26 janvier 2015.

Le Dr J\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il n'y avait pas de tests psychométriques au dossier, car il avait lui-même posé les questions à l'assuré, lequel ne lisait pas bien le français. Le dossier avait été mal instruit par l'AI depuis le départ; il y avait peu de maladie incapacitante depuis l'âge de 33 ans autre qu'un trouble schizophrénique, un trouble majeur de la personnalité, voire une maladie bipolaire qui puisse maintenir en incapacité de travail une personne depuis l'âge de 33 ans. Or, l'assuré ne présentait pas les maladies précitées. Par ailleurs, le fait qu'il ait eu une maîtresse, fréquenté des casinos, dépensé son argent, travaillé au noir, se marier et avoir, sauf erreur trois enfants, n'en faisait pas un dépressif grave qui serait incapable de travailler. Il parlait également de cela lorsqu'il disait que l'assuré avait une vie personnelle assez intense. L'assuré avait subi un retrait de permis et une section de la phalange, alors qu'il travaillait au noir. Il ne savait pas ce qu'il fallait de plus. L'assuré avait évoqué seulement deux occasions de travail. Il avait seulement indiqué qu'il aidait un ami. Il avait oublié de noter dans son rapport que, lorsqu'il avait demandé à l'assuré s'il était rémunéré pour ces travaux, celui-ci lui avait indiqué qu'il faisait des petits boulots.

Le Dr J\_\_\_\_\_ a encore déclaré qu'il ne considérait pas que les médecins qui avaient suivi l'assuré étaient de véritables médecins-traitants, car il s'agissait de médecins en formation, qui changeaient chaque année; il n'y avait pas un suivi régulier des patients sur des années, ce qui permettrait de mieux appréhender une situation. Il fallait être pragmatique et logique, par le bon sens. La vie, c'était 90 % de bon sens. En l'occurrence, n'était pas en état dépressif sévère celui qui avait une maîtresse depuis de nombreuses années, dépensait plus de CHF 100'000.- au casino, avait des enfants et travaillait au noir. Il avait fixé la date de la capacité de travail au 24 avril 2012, car, à ce moment-là, la Dresse H\_\_\_\_\_ avait examiné l'assuré et avait parlé d'une simple dysthymie; il ne pouvait pas se prononcer

---

rétrospectivement sur la capacité de travail de l'assuré, mais estimait que, vu son âge de 33 ans, son dossier aurait dû être instruit plus sérieusement; il ne pouvait que constater qu'en 2012, l'assuré présentait une pleine capacité de travail; selon les analyses sanguines, il pensait que l'assuré buvait beaucoup moins qu'avant, en particulier si l'on se référait aux anciennes valeurs retenues par le CAPPI; il pensait aussi que c'était pour cette raison que l'assuré allait beaucoup mieux. L'alcool pouvait entraîner des symptômes dépressifs et des troubles du comportement; il relevait que l'état dépressif sévère était incompatible avec la vie de l'assuré, lequel avait investi dans une vie sentimentale, des loisirs et une passion du casino. Il ne présentait pas d'aboulie, d'anhédonie, de retrait social. Un état dépressif sévère serait incompatible avec le fait d'aider un ami, en particulier le fait de conduire. Il n'y avait pas non plus d'isolement social.

L'assuré a demandé l'audition des Dresses H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_.

47. Le 29 janvier 2015, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur N\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
48. Le 3 février 2015, le Dr K\_\_\_\_\_, du SMR, a indiqué qu'il souhaitait que l'expert se positionne sur la comptabilité des atteintes psychiques retenues et activités personnelles de l'assuré (vie sociale riche, vie sentimentale importante, conduite automobile, jeux d'argent au casino).
49. Le 9 février 2015, le recourant a approuvé la mission d'expertise.
50. Le 10 février 2015, l'OAI a estimé qu'il serait opportun de désigner un expert spécialisé dans les problèmes de dépendance à l'alcool.
51. Par ordonnance du 19 février 2015, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique au Dr N\_\_\_\_\_ en considérant que celle du Dr J\_\_\_\_\_ n'était probante.
52. Le 24 juin 2015, le Dr N\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise fondé notamment sur un examen de l'assuré le 16 juin 2015, de 4h15, une analyse biochimique du 16 juin 2015 et un concilium avec la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin interne de la Consultation des Eaux-Vives.

Pour cette dernière, la capacité de travail avait toujours été et demeurait nulle et le pronostic était sévère. L'expert a relevé que l'intéressé se plaignait de tristesse et morosité, dépression plus prononcée le matin, idéation noire, culpabilité, perte d'espoir, troubles du sommeil (réveils fréquents), aboulie et anhédonie, manque de motivation et de l'élan vital, repli social, fatigue et fatigabilité, perte de la libido, nervosité et tension intérieure, irritabilité, serrement thoracique, sensation d'étouffement, impatience, tension psychique, sudation (front et visage) tremblements des mains et du menton, dorsalgies, céphalées, vertiges, douleur à la poitrine, douleurs qui irradient du pied vers le tronc, sensation de froid aux pieds,

surtout à droite, sentiment de persécution, se sent poursuivi, hallucination auditives et visuelles.

L'expert a posé les diagnostics de schizophrénie paranoïde continue F20.00 (295.30), trouble dépressif majeur isolé, en rémission partielle, gravité actuelle sévère F32.5 (296.5), trouble panique avec agoraphobie F40.01 (300.21), dépendance aux benzodiazépines et calmants F13.2 (304.10), dépendance alcoolique en rémission prolongée partielle F10.20 (303.90), trouble de la personnalité limite caractère impulsif, décompensé F60.31 (301.83), obésité, status port amputation du majeur droit d'origine traumatique.

L'assuré relatait la présence d'un délire de persécution, continu, se manifestant par le sentiment d'être poursuivi et menacé, à son propre domicile comme à l'extérieur. Etaient associés des hallucinations de nature auditive et visuelles.

Il était probable que l'état dépressif aurait été encore plus sévère en l'absence du traitement antidépresseur; on constatait l'échec du traitement pour résorber la partie principale de la symptomatologie; l'état dépressif avait pu possiblement s'aggraver ces dernières années (on relevait un tentamen médicamenteux en 2013).

L'assuré présentait un trouble panique avec des symptômes d'oppression thoracique, des picotements, une chaleur, des vertiges, des sensations de serrement thoracique et à la gorge, trouble dont un épisode avait été constaté lors de l'examen psychiatrique. Il était probablement dépendant de son traitement au Xanax.

L'assuré ne semblait pas actuellement dépendant à l'alcool. Ceci était confirmé par son taux de CDT. Par le passé, il semblait avoir consommé pendant certaines périodes des doses importantes de bière. Il était probable que le début de la dépression vers 1997 ait été suivi d'une augmentation morbide de l'éthylisme. Aussi, vers 2003 la CDT était pathologique. Ces dernières années, la consommation régulière semblait avoir cessé, il existait de temps en temps des abus périodiques dans un contexte d'alcoolisation sociale. L'alcoolisme semblait de survenue tardive, il n'était pas connu sous cette forme lors de l'adolescence, il paraissait de caractère secondaire à la décompensation thymique de 1997 et à celle de la personnalité.

Le Dr J\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte d'une schizophrénie paranoïde chronique, de la gravité de l'état dépressif, d'un trouble panique avec agoraphobie, d'une dépendance aux benzodiazépines et de la décompensation du trouble de la personnalité de type limite-impulsif.

L'assuré avait progressivement épuisé ses ressources adaptatives en raison de la fragilité de sa personnalité depuis l'enfance, suite à des carences affectives majeures; la décompensation de 1997 survenait dans un contexte de conflits professionnels, réactualisant les abus infligés par son père; ses ressources adaptatives avaient même été insuffisantes pour viser une réhabilitation dans un cadre protégé; il avait régressé progressivement vers un état de dépendance vis-à-

vis de ses proches et vers un état psychotique le rapprochant des êtres décédés avec lesquels il maintenait un contact par le délire et les hallucinations.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : la présence de délire et d'hallucination auditive, visuelles et cénesthopathiques, celles-ci le déconnectant du monde; de la tristesse, aboulie, anhédonie, dévalorisation massive et idéation noire, voire suicidaire, tension, irritabilité, angoisse, crise de panique, désorientation, trouble de la concentration, de la mémoire, douleurs au dos, céphalées, perte de l'équilibre, fatigue et fatigabilité.

Le traitement de Cipralex et Xanax était indiqué, un traitement antidépresseur de nature sédatif était souhaitable et préférable au Lyrica; il manquait un neuroleptique incisif (Risperdal). il était également nécessaire d'intensifier le suivi psychothérapeutique, cette mesure n'aurait cependant que peu d'impact sur un regain de la capacité de travail.

Il existait une faible dépendance à l'alcool, secondaire à l'atteinte thymique-anxieuse majeure et aux médicaments anxiolytiques-calmants.

L'incapacité de travail était totale; il s'agissait d'une polypathologie psychiatrique grave avec décompensation de la personnalité globale; l'état de santé actuel avait même empiré depuis la décision de rente de 2001 par la survenance d'une atteinte psychiatrique sévère.

L'expert a relevé que l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ présentait de nombreuses lacunes et erreurs.

Les plaintes sur le registre thymique n'étaient pas mentionnées; rien n'indiquait qu'à l'époque de l'examen du Dr J\_\_\_\_\_ (4 juillet 2013), l'état de santé de l'assuré se soit amélioré; la Dresse I\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs constaté un état dépressif majeur et sévère en mai 2014. La dépendance éthylique ne pouvait pas être primaire car elle était survenue suite à une décompensation de la personnalité de type limite-impulsive et à l'état dépressif anxieux significatif. Le status du Dr J\_\_\_\_\_ indiquait également une décompensation de la personnalité. Celui-ci avait omis le diagnostic principal de troubles psychotiques chroniques et majeurs alors même qu'il relevait le regard fixe de l'assuré, comme halluciné et un peu excité; l'assuré avait indiqué présenter déjà de symptômes de la psychose en 2011. Il avait aussi omis le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie et de dépendance aux benzodiazépines.

On pouvait douter de la qualité de l'anamnèse lorsque le Dr J\_\_\_\_\_ indiquait que l'assuré n'avait pas été victime de graves carence affective; la relation avec la maîtresse était interprétée par le Dr J\_\_\_\_\_ sous l'angle critique et moraliste en excluant le contexte. Le Dr J\_\_\_\_\_ n'avait pas accordé l'importance qu'ils méritaient aux faits essentiels de la vie affective de l'assuré; rien n'indiquait en particulier qu'il était un joueur pathologique ayant dépensé l'arriéré de son assurance-invalidité dans les casinos.

L'assuré n'avait pas travaillé, mais seulement accompagné des amis dans un but de socialisation dans le cadre de livraison de nature privée; le Dr J\_\_\_\_\_ aurait plutôt dû préconiser des mesures médicales et thérapeutiques pour soigner un assuré gravement atteint depuis de nombreuses années, au lieu de porter un jugement moral, en préconisant de surcroît l'engagement d'un détective pour surveiller l'assuré.

Celui-ci ne tirait aucun bénéfice secondaire de la maladie mais était désemparé, dans un état de souffrance grave et souhaitait guérir; il était d'ailleurs compliant avec toutes les mesures des soins prodiguées; l'assuré n'était pas du tout revendicateur, il n'était d'ailleurs pas au courant de la problématique avec l'assurance-invalidité. Les ressources nombreuses dont parlait le Dr J\_\_\_\_\_ étaient inexistantes. L'assuré n'avait pas retrouvé de capacité de travail depuis le 24 avril 2012. Il rejoignait ainsi l'indication d'une capacité de travail nulle de la Dresse I\_\_\_\_\_.

53. Le 20 juillet 2015, l'assuré a observé que le Dr N\_\_\_\_\_ avait fait un travail remarquable et que son expertise était probante, contrairement à celle du Dr J\_\_\_\_\_, empreinte de préjugés; la dépendance à l'alcool était jugée comme secondaire aux troubles psychiatriques graves; il maintenait ses conclusions.

54. Le 21 juillet 2015, la Dresse O\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical.

En tenant compte des critères de la CIM10 s'agissant de la schizophrénie paranoïde (F20.0), cette atteinte devait répondre aux critères de la schizophrénie (A), soit qu'au moins un des symptômes devait avoir été présente la plupart du temps ou pendant la plupart des jours pendant un épisode psychotique d'une durée d'au moins un mois. Les idées délirantes ou hallucinatoires devaient dominer le tableau clinique (B), ce qui ne semblait pas être le cas. Par ailleurs, on pouvait s'étonner que l'assuré n'ait pas voulu confier ses symptômes psychotiques aux différents médecins qui l'avaient suivi en raison du fait que ce soit des femmes, alors que les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ étaient des hommes (y compris le Dr J\_\_\_\_\_). De plus, l'expert relève que la présence d'une traductrice femme semble rassurer l'assuré. Ceci nous semble en contradiction avec le fait que l'assuré avait eu de la peine à se confier à des médecins femmes. L'expert ne discutait pas cet aspect.

Toujours selon la CIM 10, comme critère d'exclusion dudit trouble (G2), se trouvait la présence nécessairement antérieure du trouble schizophrénique au trouble dépressif. Ceci ne semblait pas non plus être le cas. Le trouble schizophrénique ne semblait pas antérieur au trouble dépressif, de sorte que le trouble (schizo-affectif) ne pouvait être exclu. A la lecture des procès-verbaux d'audience, il apparaissait que l'assuré était, contrairement à l'avis de l'expert, au fait de la procédure en cours. Il était contradictoire de dire que l'assuré était ouvert à l'introduction d'un traitement par neuroleptique et en même temps très craintif à l'idée qu'on lui administre un médicament.

Aucun autre médecin n'avait retenu un trouble panique avec agoraphobie. Le Dr J\_\_\_\_\_ avait indiqué que l'assuré ne présentait pas d'isolement social; l'agoraphobie était incompatible avec la fréquentation des casinos, le fait de boire des cafés avec des amis et de sortir faire des commissions.

L'atteinte psychotique n'avait pas été évoquée par le médecin-psychiatre ayant suivi l'assuré, ni par le Dr J\_\_\_\_\_. Il n'était pas possible d'admettre une lacune de diagnostic autant de la part des différents médecins que du Dr J\_\_\_\_\_. Le Dr H\_\_\_\_\_ relevait seulement une dysthymie. Les discordances entre l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ et celle du Dr J\_\_\_\_\_ ainsi que l'avis des autres médecins étaient très importantes. Outre les contradictions qui ne sont pas expliquées, la présence de nouveaux diagnostics, jamais évoqués auparavant, et posés sans examiner de manière précise la réalisation des critères de la CIM 10, ne permettait pas de retenir l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ comme convaincante.

55. Le 23 juillet 2015, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 21 juillet 2015.

Les hallucinations auditives n'étaient rapportées par l'assuré que lors de l'anamnèse; il était surprenant qu'en présence d'un trouble de dépendance et un trouble dépressif (critères d'exclusion du trouble schizophrénique), l'expert ne se prononce que sur le trouble schyzo-affectif; ce trouble dépressif majeur n'était pas motivé et se fondait sur l'échelle de dépression de Hamilton, laquelle n'était pas pertinente dans le cadre de demandes AI.

L'expert n'examinait pas la présence d'un trouble douloureux somatoforme alors qu'il relatait des douleurs disproportionnelles; l'expert retenait le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie dont il n'était pas sûr, ce qui était surprenant; l'expert parlait de probabilité de dépendance aux benzodiazépines, ce qui n'était pas suffisant pour poser un diagnostic. L'expertise n'était pas probante.

56. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point

---

de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité du recourant.
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). 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).
6. a) 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.

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (ATF non publié 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48 al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable

---

à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

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

b) L'art. 17 al. 1er 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 1<sup>er</sup> 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).

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 et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié 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 (ATFA non publié 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).

Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGa) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGa) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGa], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGa et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).

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 (ATFA non publié 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. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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'article 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; ATF 113 V 273 consid. 1a; Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

c) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités).

Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101), comprend notamment le droit pour les parties de participer à la procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 consid. 2b). Il s'agit d'une concrétisation du droit à une procédure équitable, consacré par l'art. 29 al. 1 Cst., qui correspond à la garantie similaire que l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH; RS 0.101) confère à l'égard des autorités judiciaires proprement dites. Le Tribunal fédéral a précisé que le droit d'être entendu doit notamment être reconnu et respecté lorsque le juge envisage de fonder sa décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévalu et ne pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les références).

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes

---

n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF non publié 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexacitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF non publiés 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2, 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (ATFA non publié I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; ATF non publié 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2).

Dans un ATFA non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait

---

manifestement erronée. Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ». S'agissant en particulier de la problématique des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence les concernant (ATF 130 V 352) ne saurait constituer un motif de reconsidération de la décision de rente (SVR 2008 IV n° 5 p. 12, I 138/07 consid. 4), pas plus qu'elle ne justifie, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, de réduire ou de supprimer des rentes en cours, qui ont été allouées par le passé à des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux (ATF 135 V 215).

De jurisprudence constante, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 117 V 8 consid. 2a p. 12 et les références). Il n'existe ainsi pas de droit à la reconsidération que l'assuré pourrait déduire en justice. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 117 V 8 consid. 2a p. 13, 116 V 62). L'introduction de la LPGA n'a rien changé à cet égard. Le législateur, qui n'a pas voulu déroger à ces principes, n'a fait que codifier cette pratique jurisprudentielle (ATF du 10 juillet 2008 9C 447/2007).

8. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

b) 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).

c) A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATF non publié 9C\_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (ATF non publié 9C\_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

d) En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C\_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

9. a) 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).

b) 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).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) 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, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) 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).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) 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).

h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, 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 I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

10. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur

---

le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

11. a) 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).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

---

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine* et les références).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

12. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

13. En l'occurrence, l'intimé a fondé sa décision sur la base de l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2013, laquelle conclut à une pleine capacité de travail du recourant depuis le 24 avril 2012. La chambre de céans a cependant considéré qu'une expertise judiciaire était nécessaire en estimant que le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ ne répondait pas aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle a, dans son ordonnance d'expertise du 19 février 2015, relevé ce qui suit :

Tout d'abord, le rapport résume les différents avis des médecins-traitants, mais omet celui de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 29 avril 1999 attestant d'une incapacité de travail totale du recourant en raison d'un épisode dépressif majeur, isolé, sévère, sans caractéristique psychotique et anxiété généralisée, avec des idées suicidaires récurrentes. Or, l'expert a considéré que la rente AI avait été délivrée en 2001 sur la base d'un unique rapport médical du médecin assistant de la consultation des Eaux-Vives, le Dr C\_\_\_\_\_ et reconduite sur la base des brefs rapports émanant de cette même institution. Il ne mentionne pas du tout l'avis initial de la Dresse B\_\_\_\_\_, pourtant au dossier de l'intimé; par ailleurs, l'expert part du principe que l'OAI n'a pas instruit correctement le dossier en octroyant une rente d'invalidité (rapport p. 19-20), tout en affirmant qu'il ne peut se prononcer rétrospectivement sur la capacité de travail de l'assuré (procès-verbal d'enquêtes du 26 janvier 2015 [PV] p. 3). Il estime que les médecins-traitants du recourant du CAPPI ne seraient pas à même de bien appréhender une situation médicale, car il s'agit de médecins en formation, qui changent chaque année, sans suivi régulier du patient; ils ne poseraient pas toutes les questions et ne verraient pas le patient très longtemps; ils n'auraient pas le dossier complet, tiendraient pour acquis ce que leur disent leurs patients et n'auraient pas une vision asséculoologique des choses (PV p. 3).

L'expert émet ainsi un jugement sur la compétence des médecins ayant suivi le recourant au CAPPI par le biais de considérations générales, sans fondement sérieux. A cet égard, le recourant a été suivi par au moins sept médecins (Drs C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_), lesquels ont tous attesté régulièrement d'une incapacité de travail totale du recourant. En dernier lieu, la Dresse I\_\_\_\_\_ a précisé le 15 mai 2014 que le recourant présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, depuis le début de son suivi en juin 2013 et un trouble anxieux généralisé. Elle a indiqué que le recourant était totalement incapable de travailler. Ces avis sont en complète contradiction avec celui de l'expert.

Par ailleurs, l'expert n'a vu le recourant qu'au cours d'un seul entretien, de surcroît sans interprète, alors que le recourant s'exprime très mal en français, comme la chambre de céans a pu le constater lors de l'audience du 8 septembre 2014. Or, si l'expert estime que les médecins du CAPPI ne peuvent, sur la base de plusieurs entretiens, appréhender la situation médicale du recourant, il n'explique pas pourquoi il aurait lui-même cette compétence, sur la base d'un unique entretien avec ce dernier.

Principalement, l'expert fonde une capacité de travail du recourant d'un point de vue pragmatique et de bons sens (PV p. 3), sans étayer sérieusement son avis. Il considère que le fait d'avoir une maîtresse, de fréquenter les casinos, d'être père et d'aider ses amis constitue la preuve d'une vie intense (rapport p. 20-22) et, a fortiori, fonde une capacité de travail pleine et entière. Cet avis, basé sur des considérations générales, n'est pas pertinent. A cet égard, l'expert déduit de deux anecdotes narrées

par le recourant que celui-ci travaille au noir (PV p. 2) et exerce même de petites activités lucratives (rapport p. 20). Or, le recourant a expliqué lors de l'audience du 3 novembre 2014 qu'il accompagnait de temps à autre un ami restaurateur, à la demande de celui-ci, lequel voulait lui remonter le moral et qu'il avait accompagné une seule fois à Zürich un ami transporteur. L'expert déduit ainsi hâtivement, sans autre faits ni explications à l'appui de ses dires, que le recourant exerce une activité lucrative au noir.

Une expertise judiciaire psychiatrique a donc été confiée au docteur N\_\_\_\_\_, afin d'établir si le recourant avait présenté une amélioration de son état de santé et de fixer la capacité de travail de ce dernier.

14. L'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ du 24 juin 2015 remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Ce rapport, fondé sur un examen du recourant du 16 juin 2015, une analyse biochimique et un consilium avec la Dresse I\_\_\_\_\_, est particulièrement bien motivé; l'anamnèse personnelle, familiale et professionnelle est très complète; l'expert tient compte de toutes les pièces du dossier médical (dont le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 29 avril 1999); l'expert relate un status détaillé et chaque diagnostic est motivé; les conclusions, soit une incapacité de travail totale et un état de santé qui ne s'est pas amélioré depuis la décision de rente de 2001, sont claires et bien motivées. Enfin, le Dr N\_\_\_\_\_ s'est prononcé de manière très précise et convaincante sur l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ en expliquant pour quel motif il ne suivait pas ses conclusions.

L'avis de l'intimé, qui se rallie à celui du SMR du 21 juillet 2015, n'est pas à même de remettre en cause la valeur probante de cette expertise, ce d'autant qu'il propose de suivre les conclusions du rapport du Dr J\_\_\_\_\_, sans se prononcer sur les critiques émises à cet égard, tant par la chambre de céans dans l'ordonnance d'expertise du 19 février 2015, que par le Dr N\_\_\_\_\_, celui-ci ayant pris la peine de développer les motifs de divergence entre son avis et celui du Dr J\_\_\_\_\_; s'agissant de cet aspect, l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ sur l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ était exigé directement par la mission d'expertise et ne constitue pas, contrairement à l'avis de l'intimé (écriture du 23 juillet 2015 p. 2) un outrepassement des compétences de l'expert.

Le SMR semble mettre en doute l'existence d'hallucinations en insistant sur le fait que le recourant aurait pu en parler à ses médecins-traitants hommes. Or, l'expert a expliqué que le recourant avait honte de ces symptômes et que c'était aussi pour cette raison qu'il ne les avait rapporté que récemment à sa médecin-traitante (expertise p. 13 et 30). La Dresse I\_\_\_\_\_ a en effet indiqué, le 23 juin 2015, que le recourant lui avait parlé pour la première fois, lors du dernier rendez-vous, de la présence d'hallucinations auditives concernant son père (expertise p. 13). Par ailleurs, l'intimé ne conteste pas la survenance, durant un voyage au Portugal (2011), d'hallucinations auditives ayant motivé la sœur du recourant à conduire

celui-ci chez une thérapeute. De surcroît, les hallucinations auditives et visuelles relatées par le recourant trouvent un écho dans les observations objectives faites par l'expert. Dans le status, celui-ci relève que le recourant se montre absent par moments, dans son monde, adopte des attitudes d'écoute; il entre en contact, en cours d'examen psychiatrique, avec son père, avec lequel il échange de nombreuses phrases; par moments, il s'exalte et crie : « Je n'ai tué personne, je n'ai rien fait de mal. » Il semble se sentir accusé par une intrusion extérieure; par moment, il regarde autour de lui comme s'il cherche la présence d'autres personnes (expertise p. 24). Même le Dr J\_\_\_\_\_, dans le cadre de son examen sommaire, relate un regard fixe du recourant, comme halluciné, avec un tremblement très important de la mâchoire (expertise J\_\_\_\_\_ p. 14). C'est ainsi en vain que l'intimé conteste la présence d'hallucinations auditives et visuelles telles que relatées par l'expert judiciaire.

Le SMR cite les critères de la CIM-10 concernant le diagnostic de schizophrénie paranoïde et estime que les idées délirantes ne « semblent » pas décrire le tableau clinique et que le trouble schizophrénique ne « semble » pas antérieur au trouble dépressif. L'OAI cite également largement la CIM-10 concernant les diagnostics de schizophrénie paranoïde pour se limiter à relever qu'il est surprenant qu'en présence d'un trouble de dépendance (alcool et benzodiazépine) et d'un trouble dépressif, lesquels sont des critères d'exclusion du trouble schizophrénique, l'expert ne se prononce, s'agissant des diagnostics différentiels, que sur le trouble schizo-effectif.

Outre le fait que ces remarques ne sont pas claires, elles ne sont en tous les cas pas à même de remettre en cause le diagnostic motivé par l'expert. Il est à constater que la dépendance à l'alcool et aux médicaments a été relevée comme étant de faible importance par l'expert (expertise p. 38) et ne saurait équivaloir à une « intoxication à une substance psycho-active », telle que mentionnée par l'intimé comme critère d'exclusion du diagnostic de schizophrénie paranoïde. Au reste, l'intimé semble, sans le dire clairement, remettre en question l'existence même des hallucinations, fait qui a déjà été discuté ci-dessus.

Le SMR conteste la constatation de l'expert, s'agissant de l'état désorienté du recourant, en se référant aux procès-verbaux d'audience, lesquels démontreraient, au contraire, que le recourant est au fait de la procédure judiciaire en cours. A cet égard, on ne saurait déduire des comparutions personnelles des parties (pv du 8 septembre 2014 et du 3 novembre 2014), au cours desquelles le recourant était assisté d'un avocat, qu'il était totalement au fait de la procédure en cours. Contrairement à l'avis du SMR, il n'y a par ailleurs pas de contradiction dans le fait que le recourant, décrit par l'expert comme présentant un sentiment de persécution (expertise p. 27), d'une part, craigne qu'on lui administre au cours de l'expertise un médicament qui le tue (expertise p. 23) et, d'autre part, soit très demandeur de soins et ouvert à l'administration d'un neuroleptique (expertise p. 25), après avoir été

rassuré par l'expert (expertise p. 23). Ces différents comportements vont, au contraire, dans le sens des diagnostics posés par l'expert.

Le SMR conteste le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie en relevant l'absence d'isolement social. A cet égard, le trouble panique a été constaté par l'expert (expertise p. 32), (dans le même sens, le recourant a aussi été victime d'un malaise en audience de comparution personnelle des parties - pv du 8 septembre 2014). Concernant l'agoraphobie, l'expert a mentionné qu'il était difficile de la différencier de la psychose paranoïaque et qu'elle avait en tous les cas un caractère handicapant relativement mineur, de sorte que la discussion sur l'existence, ou non de ce diagnostic autonome, n'est pas pertinente. Il est à relever que le caractère mineur du handicap répond à tout le moins à la remarque du SMR qui estime ce diagnostic incompatible avec des sorties du recourant au café ou pour faire les courses accompagné de son épouse.

S'agissant du trouble dépressif, le SMR semble le nier. Le Dr N\_\_\_\_\_, contrairement à l'avis de l'intimé, a motivé son diagnostic en précisant les plaintes du registre dépressif (expertise p. 27), en relevant le tentamen en 2013, en décrivant le status (expertise p. 23) et en faisant référence aux diagnostics posés par les médecins-traitants et les traitements administrés antérieurement (expertise p. 31-32). A cet égard, les médecins-traitants du recourant ont attesté de manière régulière que celui-ci présentait un épisode dépressif moyen sévère isolé, avec des idées suicidaires (Dresse B\_\_\_\_\_ -29 avril 1999), un trouble dépressif sévère (Dr C\_\_\_\_\_ - 10 janvier 2001; Dresse D\_\_\_\_\_ - 4 mars 2003), un épisode dépressif moyen avec chronicisation du trouble (Dr F\_\_\_\_\_ - 7 août 2008; Dr G\_\_\_\_\_ - 3 novembre 2010; Dresse H\_\_\_\_\_ - 18 mai 2012), ou encore un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (Dresse I\_\_\_\_\_ - 15 mai 2014). Par ailleurs, ils ont relevé que le recourant avait effectué un tentamen par pendaison en 1998 et un tentamen médicamenteux en 2013 (expertise p. 5, 17 et 32). La chambre de céans constate ainsi que le trouble dépressif est motivé de façon convaincante dans l'expertise.

Le SMR se réfère à l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_, mais aussi aux rapports des médecins-traitants pour nier la valeur probante de l'expertise judiciaire. Il estime que c'est le Dr N\_\_\_\_\_ et non pas le Dr J\_\_\_\_\_ qui est en contradiction avec les médecins-traitants. Or, ces derniers ont continuellement attesté d'une incapacité de travail totale du recourant et la Dresse I\_\_\_\_\_ a fait état de son avis le 23 juin 2015 en relevant que l'AI s'était trompé en retirant la rente au recourant, celui-ci ayant toujours présenté une capacité de travail nulle (expertise p. 13). La Dresse H\_\_\_\_\_ a d'ailleurs indiqué, le 18 mai 2012, un état stationnaire et une capacité de travail nulle. La chambre de céans constate au contraire que les avis des médecins-traitants du recourant sont en totale contradiction avec celui du Dr J\_\_\_\_\_ et rejoignent la conclusion de l'expertise judiciaire, de sorte que la contradiction invoqué par l'intimé tombe à faux.

S'agissant de l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_, on relève encore que la critique du Dr N\_\_\_\_\_ est très complète, bien motivée et convaincante. Il a en particulier relevé les incohérences entre les diagnostics posés et les constatations (status) faites par l'expert, démontrant que celui-ci avait renoncé à une investigation détaillée et fouillée, pour se contenter de rédiger un rapport superficiel, en particulier l'anamnèse, qui était très lacunaire, empreinte de préjugés, de morale et d'appréciation négative du comportement du recourant, en suggérant notamment la surveillance de celui-ci par un détective. L'expert a souligné le fait que le recourant ne retirait aucun bénéfice secondaire de sa maladie, comme l'affirmait le Dr J\_\_\_\_\_ et n'était pas revendicateur. Au contraire, il apparaissait totalement désemparé, dans un état de souffrance grave, était compliant et vivait hors contexte, sans revendications; le Dr J\_\_\_\_\_ attestait de nombreuses ressources sans les motiver et en totale contradiction avec la description des journées du recourant. La capacité de travail fixée par le Dr J\_\_\_\_\_ dès le 24 avril 2012 était totalement erronée.

Les déclarations du Dr J\_\_\_\_\_, lors de son audition du 26 janvier 2015, appuient les constatations et conclusions de l'expert précitées. En effet, le Dr J\_\_\_\_\_ est parti du principe, par un à priori, que le dossier avait été mal instruit par l'OAI dès le départ, qu'un assuré de 33 ans ne pouvait pas être invalide, sous réserve d'une grave pathologie qu'il a d'emblée exclue chez le recourant, que celui-ci avait eu une maîtresse, fréquenté les casinos, travaillé et fait des enfants, ce qui était incompatible avec la présence d'une incapacité de travail. Le Dr J\_\_\_\_\_ se fonde sur son « bon sens » pour évaluer la situation médicale du recourant, ce qui n'est pas sérieux. Les symptômes du recourant, constatés par le Dr J\_\_\_\_\_, de mimique figée, regard fixe halluciné et tremblement important de la mâchoire sont minimisés, puisqu'ils sont attribués à un stress dû à l'expertise, et le recourant est qualifié de théâtral et revendicateur sans autre explication. Le Dr J\_\_\_\_\_ porte un jugement dénigrant sur les médecins-traitants du recourant, sans aucun fondement, en estimant qu'il s'agissait de médecins sans FMH, en formation, qui avaient des difficultés à appréhender correctement le dossier du recourant et n'avaient pas de vision asséculologique des choses. Lui-même s'estime mieux à même d'apprécier toute la situation médicale et sociale du recourant sur la base d'un unique entretien d'environ une heure (pv du 8 septembre 2014), en relevant qu'il faut être pragmatique et logique, par le bon sens, la vie étant 90% de bon sens; partant de ce constat, le Dr J\_\_\_\_\_ affirme de façon péremptoire que le recourant, en dehors de toute considération médicale, est totalement capable de travailler, puisqu'il a eu une maîtresse et des enfants et puisque le Dr J\_\_\_\_\_ suppose qu'il a fréquenté des casinos et travaillé au noir; de surcroît, le fait que le recourant a 33 ans au moment de la survenance de l'incapacité de travail, est, pour le Dr J\_\_\_\_\_, une preuve que le dossier n'a pas été instruit sérieusement; l'incapacité de travail admise par l'OAI durant quinze ans est traduite par le Dr J\_\_\_\_\_ comme une habitude prise par le recourant à ne rien faire. Tout en estimant qu'il ne peut pas se prononcer rétrospectivement sur la capacité de travail

du recourant, le Dr J\_\_\_\_\_ suggère que ce dernier aurait pu être remis au travail il y a quinze ans. Le Dr J\_\_\_\_\_ estime enfin que le recourant, qui vient du milieu du bâtiment, présente un éthylisme primaire, comme on en voit souvent dans cette situation, se référant une fois encore à des considérations générales, en l'occurrence relativement aux jeunes ouvriers.

Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les considérations pertinentes de l'expert et de considérer que le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ n'est pas motivé de façon convaincante et n'a pas de valeur probante.

15. Partant, les conclusions de l'expertise judiciaire constatant une incapacité de travail totale du recourant, laquelle perdure au-delà du 24 avril 2012, doivent être suivies, de sorte que le recours sera admis et la décision de suppression de la rente d'invalidité du recourant annulée.

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient en l'espèce de fixer à CHF 4'000.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé, qui succombe, supporte un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 28 mars 2014.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 4'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le