

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2679/2013

ATAS/1140/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 5 novembre 2014**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1982, est originaire du Kosovo. En 1999, il est arrivé en Suisse. Après son expulsion, il est revenu en Suisse en 2003, d'abord à Saint-Gall, puis à Genève chez son frère. Depuis son arrivée en Suisse, il a travaillé comme employé de production en 2004 et 2005 dans le canton de Saint-Gall, puis comme barman à Genève de 2006 à fin août 2008, date à laquelle son contrat a été résilié.
2. A partir du 30 janvier 2008, une incapacité de travail totale est attestée.
3. Du 30 janvier au 13 février 2008, l'intéressé a été hospitalisé au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans le rapport du 21 février 2008 y relatif, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère, est posé. Son état psychique s'est détérioré après sa convocation à la Commission de la Police des étrangers dans le cadre d'un recours. Au cours de l'hospitalisation, l'évolution était favorable, mais le patient avait quitté le 7 février la clinique contre l'avis médical. Menaçant de se suicider, il avait été ramené à l'hôpital. Quelques jours plus tard, une amélioration de l'état clinique a été observée.
4. Selon le rapport du 18 avril 2008 relatif à l'évolution médicale du Care Management de l'assureur perte de gain de l'employeur, l'assuré souffrait d'une dépression réactionnelle à la rupture d'avec son épouse. Il présentait des troubles psychiques depuis 2007 et disait avoir commis des tentatives de suicide en 2007 et début 2008 qui avaient provoqué son hospitalisation en clinique psychiatrique. Il avait beaucoup de peine à accepter cette situation, ruminait sans cesse, s'isolant socialement et se nourrissant sporadiquement. Le traitement consistait en psychothérapie deux fois par mois, psychothérapie de groupe deux fois par mois et médication antidépresseurs et anxiolytiques.
5. L'assuré a ensuite été hospitalisé du 28 avril au 2 juin 2008 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Il était découragé dans le cadre des problèmes liés à son permis de séjour, la situation n'évoluant que très peu.
6. Selon le résumé de séjour du 2 juillet 2008 des HUG, l'assuré a été hospitalisé du 11 au 29 juin 2007 pour un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec angoisses et idées suicidaires, dans le contexte d'un mandat d'expulsion et du rejet de son recours en date du 8 juin 2007. Il présentait une baisse de l'élan vital, des troubles du sommeil et une anxiété importante. Dans le cadre de l'hospitalisation, l'évolution était lentement favorable sous médication.
7. Après avoir été annoncé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) dans le cadre de la détection précoce de l'invalidité, l'assuré a déposé en août 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
8. Dans son rapport du 18 septembre 2008, la Dresse B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode

actuel sévère sans symptômes psychotiques, depuis 2003. Le patient a été hospitalisé à trois reprises à la Clinique psychiatrique de Belle Idée en entrée non volontaire entre juin 2007 à juin 2008. Il présentait un ralentissement psychomoteur avec trouble de la concentration et de mémorisation, était tendu, angoissé et facilement irritable. La thymie était triste avec perte de l'espoir, sentiment de dévalorisation et d'échec, troubles du sommeil et perte de l'élan vital. A cela s'ajoutait une aboulie avec clinophilie et des idéations suicidaires. Les traitements antidépresseurs n'avaient eu aucun effet, mais les médicaments anxiolytiques permettaient une diminution de l'anxiété, tout en provoquant une aggravation du ralentissement psychomoteur. Le traitement consistait en suivi médical une fois toutes les deux semaines et de thérapie de famille à la consultation familles et couples des HUG toutes les quatre à six semaines. L'incapacité de travail était totale.

9. Selon le rapport d'évaluation de l'OAI du 22 septembre 2008, aucune communication n'a pu s'établir avec l'assuré, celui-ci restant très fermé. Il avait une vision extrêmement négative sur la vie et sur lui-même et restait fixé sur ses échecs. Il habitait chez son frère et la famille de celui-ci. Selon ce dernier, il ne faisait rien de ses journées, était tout le temps à la maison à ruminer et à penser au passé et à ses échecs. Il ne voyait plus ses amis depuis un certain temps. Par ailleurs, il se fatiguait rapidement des gens et finissait par provoquer des conflits. Il n'avait plus goût à rien. Quant à l'assuré, il a finalement expliqué qu'il ne supportait pas les gens, avait l'impression que personne ne l'aimait et que tout le monde le regardait et le jugeait. Même sa famille ne le supportait plus et il n'avait de place nulle part si ce n'est au ciel. Selon le frère de l'assuré, il avait été au Kosovo un jeune homme souriant et agréable. La guerre avait tout gâché. Sa souffrance avait commencé depuis sa séparation en 2005 de son épouse et son état s'était aggravé petit à petit. Entretemps, son permis de requérant d'asile était arrivé à échéance et n'avait pas été renouvelé, de sorte que l'assuré avait de plus en plus d'idées noires et suicidaires. En six semaines, il avait été hospitalisé trois fois pour dépression sévère et trouble du comportement envers sa famille. Personne n'arrivait à l'aider. Le traitement consistait en antidépresseurs et anxiolytiques, ainsi que de psychothérapie individuelle et en groupe.
10. Le 29 septembre 2008, la Dresse B \_\_\_\_\_ a informé le mandataire de l'assuré que celui-ci désirait effectuer une reconversion professionnelle adaptée à son état de santé, ayant le désir de travailler et d'être autonome. L'activité adaptée devait être dépourvue de stress et tenir compte du trouble de la concentration importante, du ralentissement psychomoteur, de l'anxiété et de l'irritabilité. Par ailleurs, le patient n'avait qu'une compréhension limitée du français.
11. Dans son rapport du 28 octobre 2008, le Dr L \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. En plus des symptômes relevés par les autres médecins, il a fait état d'une inappétence avec une légère perte pondérale et d'un sentiment d'autodévalorisation et d'échec.

L'incapacité de travail était totale et la reprise d'une activité professionnelle risquerait de faire gravement décompenser l'assuré, en raison du stress engendré.

12. Le 20 novembre 2008, le mandataire de l'assuré a informé l'OAI notamment qu'une demande d'admission provisoire était actuellement pendante devant les autorités genevoises.
13. Le 9 mars 2009, les médecins du département de psychiatrie des HUG ont attesté que l'assuré était hospitalisé depuis le 21 janvier 2009 en admission non volontaire à cause d'un risque suicidaire. Il souffrait d'un syndrome post-traumatique et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec perte d'espoir et projet de mettre fin à ses jours. Il nécessitait une prise en charge médicale intensive et à long terme, afin d'obtenir une stabilisation durable. Dans les éléments participant au trouble dépressif, les médecins ont relevé de nombreux événements traumatiques depuis l'enfance au Kosovo, un facteur aggravant étant la situation sociale précaire. Le seul facteur soutenant était son frère. Un retour au Kosovo engendrerait une majoration significative du risque suicidaire.
14. Le 20 août 2009, le département de psychiatrie des HUG, programme dépression, a attesté que l'assuré avait intégré son programme dépression le 3 avril 2009. A son admission, il présentait un épisode dépressif sévère. Son état actuel nécessitait un suivi médical et infirmier intensif avec un traitement médicamenteux adapté.
15. En janvier 2010, l'assuré a fait l'objet d'une expertise par la Dresse C\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, avec l'aide d'un interprète. Dans son rapport du 11 février 2010, l'experte a émis les diagnostics d'état de stress post-traumatique, existant depuis 1998, et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (depuis 2003 épisode dépressif moyen et dès janvier 2008, épisode dépressif sévère). L'état de stress post-traumatique était dû au fait que l'assuré avait subi des maltraitances, mêmes des tortures, par les serbes au Kosovo à plusieurs reprises. En raison de la guerre en Yougoslavie, il présentait des cauchemars, des flashbacks et des pensées intrusives en lien avec les maltraitances physiques subies. Cet état de stress perdurait à ce jour et avait connu des fluctuations d'intensité durant toutes ces années. Dès 2003, dans le cadre de difficultés avec la belle-famille, puis d'un conflit conjugal, il avait présenté un épisode dépressif d'intensité moyenne et aurait déjà été suivi sur le plan psychiatrique à Saint-Gall. Après avoir dû quitter la Suisse en 2005 et être revenu par la suite vivre avec son frère à Genève, l'assuré avait présenté une idéation suicidaire dans le cadre d'un état dépressif devenu sévère, après le rejet de son recours, en juin 2007, contre une décision d'expulsion de la Suisse. Il n'avait cependant jamais effectué de tentative de suicide. Les symptômes évoqués correspondaient à un épisode dépressif sévère et entraînaient une capacité de travail nulle. L'état de stress post-traumatique avait entraîné une incapacité de travail de 70 % dès 1998 jusqu'en 2003. Début 2003 à avril 2004 (séparation conjugale), la capacité de travail était de 60 %. De mi-2004 à fin mai 2006 (réactivation de l'état de stress post-traumatique et épisode dépressif moyen), la capacité de travail était de 40 %, dès début juin 2006 jusqu'à juin 2007, elle était de

70 % (recours rejeté contre la décision d'expulsion de Suisse et hospitalisation psychiatrique) jusqu'à fin janvier 2008, la capacité de travail était de 50 % et, dès le 31 janvier 2008 à ce jour, elle était nulle. La présence de facteurs sociaux (décision d'expulsion de Suisse toujours pendante, difficultés financières et absence d'emploi) faisait perdurer l'épisode dépressif. Des limitations qualitatives et quantitatives étaient présentes en lien avec l'état de stress post-traumatique et l'épisode dépressif sévère. Sur le plan social, il y avait un important retrait social, la sociabilité étant limitée aux frères, sœur, beau-frère, belle-sœur et neveux.

16. Le 10 janvier 2011, l'experte a répondu aux questions complémentaires de l'OAI. Concernant le diagnostic d'état de stress post-traumatique mis en doute par ledit office, elle a finalement admis qu'il n'y avait pas lieu de retenir des symptômes résiduels de l'état de stress post-traumatique, ceux-ci n'ayant pas empêché l'assuré de fonctionner dans son quotidien, de revenir en Suisse à la suite d'une expulsion, de se marier, de déposer divers recours contre des décisions d'expulsion, ni de travailler à plein temps comme barman. Par ailleurs, l'assuré n'avait pas évoqué de changement de sa personnalité suite aux événements de guerre au Kosovo. L'OAI ayant également remis en cause le diagnostic d'épisode dépressif sévère, l'experte a admis que l'état décrit dans la lettre de sortie du 2 juillet 2007 par les médecins des HUG correspondait à un épisode dépressif léger et non pas sévère et qu'il était vraisemblable que l'expression d'idées de pendaison à l'admission eût fait conclure les médecins des HUG au diagnostic d'épisode dépressif sévère. Selon l'experte, le status décrit lors de la deuxième hospitalisation du 20 janvier au 30 février 2008 correspondait également à un épisode dépressif léger. Il en allait de même des symptômes décrits lors de la troisième hospitalisation. A la quatrième hospitalisation, les symptômes correspondaient à un épisode dépressif moyen. Toutefois, lors de la cinquième hospitalisation, les symptômes décrits correspondaient de nouveau à un épisode dépressif léger. Selon l'experte, le status décrit lors de l'entretien du 3 avril 2009 au programme de dépression des HUG correspondait à un épisode dépressif moyen. A l'examen clinique au jour de l'expertise, l'assuré avait relaté une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie vitale, une diminution de la confiance en soi, une vision négative et irréaliste des perspectives d'avenir, des difficultés à soutenir son attention et à se concentrer, ainsi que des troubles du sommeil. Ces symptômes correspondaient à un état dépressif sévère. Toutefois, l'experte n'avait pas objectivé d'idées suicidaires au moment de l'examen et plusieurs des symptômes retenus étaient difficilement objectivables. Quant à la récurrence du trouble dépressif, elle a finalement considéré qu'il s'agissait d'un même épisode dépressif d'intensité légère à moyenne depuis juin 2007, date de la première hospitalisation, à ce jour. En conclusion, l'experte a considéré que la situation médicale paraissait étroitement liée au refus d'autorisation de séjour en Suisse. Par ailleurs, l'assuré figurait depuis cette expertise sur Facebook où il mentionnait un réseau d'amis. Cela permettait

d'exclure un état de stress post-traumatique persistant et un épisode dépressif sévère.

17. Dans son courrier du 19 janvier 2012 au conseil de l'assuré, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté que celui-ci se plaignait de manière récurrente de lombalgies communes, sans déficit neurologique. Celles-ci n'étaient cependant pas handicapantes dans une activité permettant l'alternance des positions et nécessitant uniquement le port de charges très modérées.
18. Lors de l'entretien du 8 mars 2012 entre deux médecins du SMR et l'assuré, celui-ci a notamment déclaré que cela faisait longtemps qu'il n'avait plus le moral, qu'il restait à la maison la plupart du temps et ne sortait que pour aller chez le médecin. Il lui était difficile d'être à l'extérieur et de voir des voitures de police, dès lors que cela lui faisait penser aux maltraitances subies par les forces de police à Saint-Gall. Il gérait aussi difficilement au quotidien ses hallucinations, étant précisé qu'il entendait des voix qui l'appelaient lorsqu'il se promenait dans la rue. Chaque semaine, il voyait le Dr E\_\_\_\_\_ aux HUG. Il était également suivi par un infirmier depuis longtemps. Lors des rendez-vous, ils discutaient ensemble. Il prenait par ailleurs du Cypralex et, en réserve, du Risperdal. Quant à son emploi du temps, il se faisait réveiller à 10 heures du matin par son frère et prenait alors ses médicaments, mais non pas un petit-déjeuner. Il se recouchait ensuite et attendait que le temps passât. A midi, les neuf membres de la famille mangeaient tous ensemble. Dans l'après-midi, il attendait de nouveau l'arrivée de son frère du travail. Parfois il sortait fumer. Le soir il restait dans sa chambre et se couchait entre 22 heures et 23 heures. Il avait des difficultés à s'endormir. Il ne participait pas aux tâches ménagères et n'avait aucune autre activité. Il ne jouait pas non plus avec ses neveux et nièces. Il s'était rendu pour la dernière fois au Kosovo en 2005. Quant aux tentatives de reprise d'une activité professionnelle, il a allégué avoir fait des demandes d'emploi dans plusieurs restaurants autour de son domicile, cependant sans succès. Il souhaiterait retravailler, mais sans formation ni énergie il ne pouvait rien changer à la situation actuelle. Il n'avait aucun projet.
19. En octobre 2012, l'assuré a fait l'objet d'une seconde expertise par la Dresse C\_\_\_\_\_, avec l'aide d'un interprète. Dans son rapport du 8 octobre 2012, l'experte n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychique avec répercussion sur la capacité de travail. Dans les plaintes, elle a fait état des déclarations de l'assuré selon lesquelles tout était compliqué, se lever le matin, prendre les médicaments, aller aux rendez-vous, répondre toujours aux mêmes questions. Parfois, il ressentait de l'angoisse comme un ballon dans la poitrine. Quant à la médication de réserve, le Risperdal, il l'avait prise la dernière fois la veille et auparavant à une date lointaine. Il avait la phobie « de plein de choses », comme de la police et de la justice. Quand il était à l'extérieur, il avait l'impression que quelqu'un venait derrière lui. Invité à préciser son niveau d'humeur sur une échelle de 0 à 10, il a répondu « je serai heureux à 0. Je n'ai jamais de plaisir, j'ai tout perdu. Mon plus grand plaisir serait d'être mort ». Au status clinique, l'experte a notamment relevé que la collaboration

---

était mauvaise et que l'assuré était oppositionnel. Il était tonique, vigile et répondait rapidement aux questions, sans marquer de temps de latence. La mimique et les gestes étaient conservés. Il n'y avait pas de fatigabilité ou de ralentissement psychomoteur mis en évidence ni de trouble thymique et affectif objectivé. Le discours était cohérent sans trouble formel de la pensée et le seuil anxigène dans les normes. L'énergie vitale était conservée, sans perte de l'initiative. Il en allait de même de la sociabilité avec la famille. Dans son appréciation, l'experte a relevé que l'assuré n'avait plus subi de nouvelles hospitalisations depuis sa dernière expertise ni commis une tentative de suicide. Elle a par ailleurs mis en exergue qu'il était inexact que la famille de l'assuré ne le laissait jamais sortir seul, par crainte d'un tentamen, comme il l'a relaté, dès lors qu'il sortait seul pour ses rendez-vous médicaux et pour s'acheter ses cigarettes. Quant à sa présence sur internet, l'expertisé lui avait dit ne pas savoir allumer un ordinateur et que c'était un de ses neveux qui lui avait ouvert une adresse internet, tout en admettant de manière évasive qu'il communiquait avec sa famille par la webcam. Selon l'experte, il était peu authentique et ne convainquait pas quant au symptôme dépressif qu'il relatait. Il n'avait par ailleurs nullement mentionné de flashbacks, cauchemars récurrents, d'état de qui-vive ou d'attaques de panique. A ce jour, une décision définitive quant à son admission en Suisse n'avait pas encore été prise. Cette situation jouait un rôle non négligeable sur la symptomatologie relatée. Il ne présentait par ailleurs pas de complexe d'infériorité, de manque d'appétit ou de perte de poids, de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, ni de vision négative et irréaliste des perspectives d'avenir. Le fait qu'il avait cherché divers emplois non qualifiés, excluait également un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif sévère. Ainsi la santé psychique de l'assuré s'était notablement améliorée depuis le dernier examen et sa capacité de travail était entière. Le pronostic de l'experte était néanmoins mauvais en raison de facteurs extra-médicaux, à savoir l'absence de formation, la non maîtrise de la langue française et le permis de séjour provisoire.

20. Dans son avis médical du 18 octobre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a constaté que l'experte avait noté une nette amélioration de l'état psychique et attesté une pleine capacité de travail à partir de la fin de l'année 2010.
21. Par courrier du 24 octobre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre au programme des troubles de l'humeur des HUG, s'est déterminé sur la dernière expertise établie par la Dresse C\_\_\_\_\_. Il a relevé que l'assuré ne cherchait pas à obtenir de façon inappropriée des prestations de l'assurance-invalidité et qu'il avait été difficile pour les soignants de convaincre l'assuré de se rendre à l'expertise. Le fait qu'il avait des réactions inadéquates lors de l'expertise et qu'il voulait mettre fin rapidement à celle-ci ne pouvait pas être interprété dans le sens qu'il cherchait à exagérer ses symptômes pour obtenir des choses indues. Par ailleurs, le Dr E\_\_\_\_\_ a regretté que l'experte n'eût pas jugé utile de le contacter. Concernant le fait que l'expertisé rapportait, dans le cadre de l'expertise, ne pas aimer les interprètes, leur reprochant

de ne pas traduire juste, le médecin a expliqué que l'assuré avait régulièrement des idées sub-déliantes, avec l'impression que si l'on faisait venir un traducteur, il pourrait divulguer tout le contenu des entretiens à l'extérieur de la consultation et modifier les dires du patient auprès du soignant. Il avait été difficile d'obtenir petit à petit la confiance de l'assuré. A cela s'ajoutait qu'il avait subi des hospitalisations contre son gré et avait la crainte d'être hospitalisé à nouveau. Le vécu traumatique remontait à l'enfance où il avait subi des persécutions des serbes. Lorsqu'il avait 14 ans, sa maîtresse avait été exécutée devant ses yeux. Par la suite, des problèmes administratifs de l'immigration et des problèmes avec son ex-épouse s'étaient ajoutés. La psychopathologie expliquait la difficulté de l'assuré de se présenter de manière correcte et adaptée à un examen telle qu'une expertise psychiatrique. Le Dr E\_\_\_\_\_ ne comprenait par ailleurs souvent pas ce que l'experte avait déduit des signes et symptômes cliniques relatés, dès lors que ces éléments disaient beaucoup de la souffrance de l'assuré et de sa difficulté à investir les relations interpersonnelles. Concernant les données recueillies sur Facebook, le médecin y accorderait moins d'importance que l'experte. Il n'avait pas réussi à trouver ces données et il faudrait être sûr de savoir qui avait créé le profil Facebook, à quelle date et si le patient l'utilisait régulièrement. Selon le frère de l'assuré, ce dernier n'utilisait jamais internet seul et c'était son fils qui aurait peut-être créé un compte. L'assuré apprenait par ailleurs le fonctionnement d'un traitement de texte au Service d'ergothérapie. Il avait fait quelques progrès, mais dans un contexte très ritualisé. Il restait en outre toujours très renfermé sur lui-même et n'avait de relation qu'avec l'ergothérapeute, sans aucun échange avec les autres participants. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait insisté pour que le patient continuât à faire des démarches auprès de l'assurance-invalidité, dans l'espoir que cela lui ouvrirait des portes pour des ateliers protégés, ce qui était un enjeu majeur pour la suite de son évolution. Les précédentes démarches pour travailler dans des associations avaient échoué à cause de sa trop grande fragilité. Il avait récemment pris contact avec une association pour travailler dans un cadre protégé. Cependant, le médecin craignait qu'il fût encore trop fragile, le moindre stress, le moindre uniforme ou un client mécontent risquant de mettre le projet en échec. En conclusion, le Dr E\_\_\_\_\_ a exprimé sa perplexité et son désaccord avec les conclusions de l'expertise.

22. Par courrier du 29 novembre 2012, l'assuré a relevé, par l'intermédiaire de son conseil, que la prise de position du psychiatre traitant ne relevait pas d'une simple opinion contradictoire, mais se fondait au contraire sur une étude approfondie du cas. Ainsi, son appréciation devait être considérée comme suffisamment pertinente pour mettre en cause la valeur probante de l'expertise. Sur la base des éléments fournis par ce dernier, il convenait de constater que son état de santé était resté stationnaire depuis l'expertise de février 2010 de la Dresse C\_\_\_\_\_.
23. Dans son avis médical du 20 décembre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait fourni aucun élément objectif concernant l'absence de toute

vie sociale. Par ailleurs, l'absence d'interprétation des symptômes par l'experte n'enlevait pas le caractère convaincant de l'expertise.

24. Le 1<sup>er</sup> mars 2013, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui accorder une rente d'invalidité entière pour la durée limitée du 1<sup>er</sup> février 2009 au 31 mars 2011, en considérant que son état de santé s'était amélioré depuis fin 2010.
25. Par courrier du 4 avril 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à ce projet. Il a fait valoir qu'il souffrait également d'une maladie somatique sous la forme d'une atteinte lombaire qui n'avait fait l'objet d'aucune instruction médicale. Il a en outre dénié une valeur probante à l'expertise, sur la base des observations du Dr E\_\_\_\_\_, en soulignant qu'il avait été hospitalisé à cinq reprises et bénéficié d'un suivi psychiatrique au sein du CTB. Depuis sa prise en charge par le Dr E\_\_\_\_\_ et l'important travail d'ergothérapie, ainsi que grâce au soutien de ses proches, il n'avait plus concrétisé de gestes suicidaires. Nonobstant, il était fortement fragilisé, comme relevé par le Dr E\_\_\_\_\_, et sa capacité de travail était toujours nulle.
26. Dans son avis médical du 11 avril 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il n'y avait aucun argument permettant de s'écarter des conclusions de son avis précédent.
27. Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2013, l'OAI a confirmé son projet précédent.
28. Par acte du 19 août 2013, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à une rente d'invalidité entière illimitée dans le temps, sous suite de dépens. Il a notamment relevé qu'il était toujours suivi toutes les semaines par le Dr E\_\_\_\_\_ et suivait un programme pour le traitement de la dépression tous les lundis. Il était par ailleurs également pris en charge par le Dr G\_\_\_\_\_ à raison de trois fois par semaine dans le cadre de l'hôpital de jour. Remettant en cause le caractère probant des expertises, il s'est étonné que l'experte fût revenue sur son diagnostic initial d'état de stress post-traumatique. Par ailleurs, s'il était exact qu'il n'avait plus fait état de flashbacks, de cauchemars et d'attaques de panique lors de l'expertise d'octobre 2012, il n'en demeurait pas moins que ces symptômes étaient toujours présents. En outre, au sortir de l'examen d'expertise en octobre 2012, il avait été pris d'un état de panique qu'il avait aussitôt relaté à son infirmier. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait précisé qu'il présentait régulièrement des symptômes psychotiques. S'agissant de sa présence sur Facebook, il était totalement incapable de se servir seul d'un ordinateur. Certes, à force d'un important travail d'ergothérapie, il était parvenu à acquérir un certain degré d'autonomie dans l'utilisation de l'ordinateur, pour autant qu'il fût déjà allumé. Pour le travail sur traitement de texte, il devait être secondé par l'ergothérapeute. Il serait ainsi incapable de créer et d'alimenter un profil Facebook ou de visiter des sites de rencontres. Quant à son intégration sociale, il n'avait conservé aucun lien social, à part les contacts avec la famille et le personnel soignant. Il était ainsi faux de retenir une amélioration de son état psychique. Concernant ses tentatives de réinsertion professionnelle, il n'avait fait ces démarches qu'avec l'aide de l'équipe

médicale et uniquement auprès de l'association T-Interactions pour une activité de type occupationnel. En raison de la fragilité de son état psychique, cette démarche n'avait cependant pas abouti. Néanmoins, le recourant a admis que, grâce au travail psychothérapeutique réalisé, il parvenait à se déplacer seul en tram pour se rendre à ses consultations médicales. Il n'avait presque plus de troubles psychotiques grâce au traitement médicamenteux. Il n'en demeurait pas moins qu'il n'avait pas les ressources psychiques pour avoir une vie sociale normale et s'adapter à un environnement professionnel. Tout au plus, une activité de type occupationnel en milieu protégé pourrait être envisagée. Enfin, l'atteinte au niveau lombaire avait évolué défavorablement depuis deux ans, de sorte qu'il se justifiait d'instruire si cette pathologie engendrait des limitations fonctionnelles dans le cadre d'une activité adaptée.

29. Dans sa réponse du 19 septembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, tout en attribuant aux expertises de la Dresse C\_\_\_\_\_ une pleine valeur probante. Une amélioration de l'état de santé ressortait des plaintes subjectives rapportées, ainsi que du status clinique. Par ailleurs, le fait que le neveu du recourant lui avait ouvert une adresse sur internet pour communiquer avec sa famille avec une caméra démontrait bien qu'il avait des contacts sociaux autres que ceux avec la famille chez laquelle il vivait. Sur les sites des différents réseaux sociaux figuraient également des informations concernant ces thèmes favoris, tels que des films, la musique, les amis. L'amélioration était aussi confirmée par le fait que le recourant pouvait prendre le tram pour se rendre à ses consultations. A cela s'ajoutait qu'il n'avait plus subi de nouvelle hospitalisation depuis l'expertise de 2010 ni commis des tentamens. Il a même pu faire des recherches d'emploi. De surcroît, la situation médicale du recourant était étroitement liée à des éléments extra-médicaux, soit à des facteurs psycho-sociaux, notamment au refus d'autorisation de séjour et aux difficultés financières. Enfin, une instruction concernant les problèmes lombaires ne se justifiait pas, le médecin traitant du recourant ayant indiqué que les lombalgies n'étaient pas handicapantes dans une activité adaptée.
30. Par écriture du 17 octobre 2013, le recourant a précisé qu'il était essentiellement incapable de travailler pour des raisons d'ordre psychique, tout en admettant que, sur le plan somatique, il pourrait théoriquement exercer une activité adaptée.
31. Invité à se déterminer sur l'intention de la chambre de céans de mettre en œuvre une expertise judiciaire, la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR a proposé, dans son avis médical du 21 novembre 2013, que l'expertise fût effectuée, pour des raisons de sécurité, par un expert au Centre de médecine légale, à savoir par le Dr I\_\_\_\_\_. A cet égard, elle a fait état de discordances et de troubles psychotiques sous-jacents du recourant, susceptibles de se décompenser.
32. Par ordonnance du 13 janvier 2014, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique et l'a confiée au docteur J\_\_\_\_\_, psychiatre à Vevey.

33. Le 20 mai 2014, l'expert a rendu son rapport, notamment sur la base de deux entretiens psychologiques et examens psychiatriques, avec l'aide d'un interprète, de deux entretiens avec le frère du recourant, de l'analyse de la médication psychotrope et de concilia avec les Drs E\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, psychiatre traitant actuel. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère avec caractéristiques psychotiques, de schizophrénie, type paranoïde, continue, de trouble panique avec agoraphobie, de phobie sociale, de phobies spécifiques (multiples), d'état de stress post-traumatique possible et de dépendance au tabac. A cela s'ajoutait une personnalité dépendante, une personnalité à traits évitants, un fonctionnement intellectuel limite, une structure de la personnalité psychotique et une personnalité frustrée et immature. Le recourant présentait des limitations fonctionnelles en raison du symptôme thymique-anxieux persistant, de troubles de sommeil avec une léthargie diurne, un clinostatisme et des troubles cognitifs de la mémoire et de l'attention. Un handicap majeur découlait aussi de l'irritabilité, l'irascibilité et l'explosivité conduisant à des conflits permanents, d'une anxiété neurovégétative morbide constante avec des crises de panique et un certain degré d'agoraphobie. L'atteinte psychotique se manifestait surtout par une méfiance et un état de constante hypervigilance à cause d'un sentiment de persécution. A cela s'ajoutait des hallucinations auditives de nature menaçante. Un processus d'autonomisation était rendu difficile à cause de la personnalité dépendante. Il y avait un retrait social et une inhibition des interactions sociales. Une défiance intellectuelle rendait aléatoire toute capacité d'apprentissage. Enfin, l'immaturité globale et le côté « enfant tyrannique » du recourant conditionnaient négativement tout processus réhabilitatif. La capacité de travail était nulle dans l'économie du marché depuis au moins son arrêt de travail dans l'emploi de barman en janvier 2008. Le recourant parvenait à peine à se rendre à un atelier protégé et à accomplir des tâches basiques d'entretien. Pouvoir se rendre régulièrement à l'atelier et se socialiser un peu était un grand objectif dans la durée. Il était douteux que le recourant eût pu travailler encore avec un plein rendement en tant que barman. En tout état de cause, avec la fin de cette activité, il avait perdu également toute capacité de travail. Il était très peu probable qu'à brève et moyenne échéance le recourant puisse recouvrer une capacité de travail dans l'économie au vu de l'ensemble des diagnostics. Quant à l'expertise de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2012, elle reposait sur une anamnèse lacunaire, ce qui n'était pas étonnant au vu du discours très limité et pauvre de l'assuré, sa collaboration de surface, le déni de sa pathologie, et ses réponses évasives. L'expert judiciaire avait dû compléter les informations par presque quatre heures d'entretien avec le frère aîné du recourant, sans lesquelles il n'aurait pas été possible de comprendre la situation complexe. Or, la Dresse C\_\_\_\_\_ n'avait pas pris des renseignements complémentaires auprès des proches ni eu un concilium avec le Dr K\_\_\_\_\_ lors de sa dernière expertise, dans laquelle elle avait écarté toute pathologie invalidante. Cela pouvait expliquer que ce médecin se fût trompé sur les diagnostics. L'expert judiciaire était du reste étonné que le recourant eût été orienté aux quatre modes lors de l'expertise en février

2012, alors qu'il ne l'avait pas été dans le cadre de l'expertise judiciaire, où il croyait se trouver à Genève, alors qu'il était à Vevey, n'avait jamais entendu parler du canton de Vaud où se trouvait également le cabinet de la Dresse C\_\_\_\_\_, n'était pas au courant de l'expertise en cours, de son but et de l'expert, ignorait la date du jour, le jour de la semaine et se trompait d'un mois. Cette dernière experte n'avait pas non plus exploré la piste de l'intelligence limite ni poussé ses investigations par rapport au symptôme psychotique dont le recourant lui avait fait part, et au symptôme de la série anxieuse ressortant de son expertise. L'existence de troubles de la personnalité n'avait pas été investiguée et il n'y avait pas d'explication sur les raisons psychodynamiques de la décompensation du recourant ni sur la disparition du diagnostic de syndrome de stress post-traumatique qui pourtant avait été responsable d'une incapacité de travail pendant cinq ans. De l'examen approfondi des compétences techniques, linguistiques et sociales du recourant il ressortait par ailleurs qu'il ne serait pas capable de créer un profil sur un site internet, étant précisé notamment qu'il ne savait ni écrire en français ni en allemand. Il était aussi incapable d'une rencontre sentimentale voire sociale. Dans la dernière expertise, la Dresse C\_\_\_\_\_ n'avait enfin utilisé aucune échelle pour l'évaluation de la dépression, avant d'écarter ce diagnostic. Son revirement dans les diagnostics ne reposait sur aucune argumentation solide et étoffée.

34. Dans sa détermination du 16 juin 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, en se fondant pour l'essentiel sur l'expertise judiciaire. Il a également informé la chambre de céans avoir été mis au bénéfice d'un emploi thérapeutique à compter du 10 mars 2014 à la Fondation Trajets. Il s'agissait d'une activité simple et légère, sans exigence de rendement, quatre après-midi par semaine. L'absence de ressources, les difficultés de concentration et son irritabilité l'empêchaient de réaliser correctement les tâches confiées. Il présentait aussi des limitations fonctionnelles au niveau somatique l'obligeant d'aménager des pauses. Un bilan neuropsychologique était par ailleurs en cours. En raison de sa fatigue mentale et du déficit d'attention, le bilan a dû être organisé sur plusieurs jours.
35. Dans son avis médical du 8 juillet 2014, la Dresse H\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur l'expertise judiciaire. Selon ce médecin, le recourant n'avait pas été cadré et confronté à ses incohérences dans le cadre de l'expertise judiciaire, raison pour laquelle les données obtenues n'étaient certainement pas le reflet de la réalité. L'expert judiciaire n'avait pas non plus tenu compte de la deuxième expertise de la Dresse C\_\_\_\_\_. Le diagnostic de troubles anxieux reposait uniquement sur des questionnaires qui nécessitaient une parfaite participation du sujet pour être interprétés, alors que l'expert judiciaire a relevé que le recourant n'avait pas collaboré de manière optimale. Le médecin du SMR a également estimé que le diagnostic de fonctionnement intellectuel limite constituait une incohérence, en l'absence d'un examen neuropsychologique, tout en admettant qu'un tel examen n'aurait pas été interprétable, au vu de la faible participation du recourant. Quant au diagnostic de schizophrénie, il ne correspondait pas à la classification internationale

des troubles mentaux et du comportement. Faute d'éléments concordants et compte tenu de la mauvaise participation du recourant, ce diagnostic devait être écarté. L'expert judiciaire n'avait pas non plus expliqué pourquoi le recourant ne participait pas de manière optimale à l'expertise, alors même qu'il avait très bien pu le faire lorsqu'il avait été cadré par la Dresse C\_\_\_\_\_. Cela étant, le médecin du SMR a jugé que les conclusions de l'expert judiciaire étaient peu convaincantes, de sorte que son expertise n'avait pas de valeur probante.

36. Dans sa détermination du 11 juillet 2014 sur l'expertise judiciaire, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se référant notamment à l'avis médical du SMR précité. Il a en particulier reproché à l'expert judiciaire d'avoir procédé à un entretien dirigé avec insistance pour faire ressortir les plaintes subjectives du recourant, de sorte que se posait la question de savoir si l'expert n'avait pas suggéré les symptômes et orienté dans une direction bien définie les réponses du recourant. Par ailleurs, les résultats des tests auxquels celui-ci avait été soumis étaient peu fiables, dès lors qu'il n'avait pas été en mesure de les passer sans l'aide de l'interprète, ayant des difficultés à lire le questionnaire, même en albanais. Par conséquent, selon l'intimé, les diagnostics posés sur la base de ces tests ne sauraient être retenus. Il y avait aussi une grande discordance entre les informations données par le recourant, lorsqu'il était interrogé avec insistance et que les symptômes possibles lui avaient été suggérés, d'une part, et lorsqu'il était cadré et confronté à ses incohérences comme dans l'expertise de la Dresse C\_\_\_\_\_, d'autre part. Les opinions divergentes des experts résultaient de la mauvaise participation, voire l'absence de participation du recourant, ainsi que de l'absence de cadrage de ce dernier lors de l'expertise judiciaire. L'intimé se posait aussi des questions relatives à la nature des concilia de l'expert judiciaire avec les Drs E\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_.
37. Par écriture du 30 septembre 2014, le recourant a reproché au SMR d'opposer sa propre appréciation à l'expertise judiciaire. Concernant le grief d'avoir dirigé l'entretien avec insistance, le recourant a relevé que, face à un expertisé totalement replié sur lui-même, l'expert devait pouvoir l'amener à s'exprimer par d'autres moyens, ce qui ne signifiait cependant pas que les réponses étaient suggérées. La Dresse C\_\_\_\_\_ avait traduit à tort son silence comme un défaut de collaboration et n'avait pas essayé d'en comprendre la cause. Le fait que les tests avaient été effectués avec l'assistance d'un interprète n'était en outre pas toute fiabilité aux résultats et aux diagnostics posés. Il ne saurait enfin être reproché à l'expert judiciaire d'avoir recueilli des informations supplémentaires auprès des médecins traitants et des proches, dès lors que cela démontrait au contraire qu'il s'était livré à une étude fouillée et consciencieuse du cas.
38. Sur ce, 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août (art. 38 al. 4 et 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré fin 2010, de sorte qu'il se justifie de supprimer, à compter d'avril 2011, la rente d'invalidité entière qui lui a été reconnue dès février 2009.
4. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2).
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. 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.
7. 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).

8. 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).

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).

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).

9. En l'espèce, il convient en premier lieu de constater que l'expertise judiciaire remplit assurément tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une valeur probante, dès lors qu'elle est fondée sur la connaissance du dossier médical intégral, repose sur une anamnèse très approfondie, prend en compte les plaintes du recourant et explique de façon convaincante ce qui a amené l'expert à retenir les différents diagnostics.

Le Dr J\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère avec caractéristiques psychotiques, de schizophrénie, type paranoïde, continue, de trouble panique avec agoraphobie, de phobie sociale, de phobies spécifiques (multiples), d'état de stress post-traumatique possible et de dépendance au tabac. A cela s'ajoutent une personnalité dépendante, une personnalité à traits évitants, un fonctionnement intellectuel limite, une structure de la personnalité psychotique et une personnalité frustrée et immature. La capacité de travail est nulle dans l'économie du marché depuis au moins son arrêt de travail dans l'emploi de barman en janvier 2008.

L'intimé reproche à l'expert d'avoir suggéré au recourant les symptômes possibles et de s'être fondé sur des tests, alors même que le recourant n'a pas pu répondre aux questionnaires, même dans sa langue maternelle, sans l'aide de l'interprète. Cela expliquerait la très grande discordance entre les informations données par le recourant à l'expert judiciaire et celles données à la Dresse C\_\_\_\_\_.

Il n'apparaît cependant pas qu'il y ait beaucoup de discordances entre les plaintes rapportées à cette dernière et à l'expert judiciaire. En effet, le recourant avait déclaré à la Dresse C\_\_\_\_\_ que tout était compliqué: se lever le matin, prendre les médicaments, aller aux rendez-vous, répondre toujours aux mêmes questions. Il ressentait une angoisse comme un ballon dans la poitrine, avait la phobie de beaucoup de choses, comme de la police et de la justice, avait l'impression que quelqu'un venait derrière lui, n'avait jamais de plaisir, avait tout perdu et voudrait être mort. Il ignorait en outre l'âge de ses neveux et nièces avec lesquels il vivait et avait oublié avoir eu un premier entretien avec la Dresse C\_\_\_\_\_ en 2010. Il sied ainsi de constater que ces plaintes correspondent au registre dépressif, anxieux et psychotique.

L'expert judiciaire fait état quant à lui, après avoir posé des questions plus précises au recourant, notamment de tristesse presque constante, perte d'espoir pour l'avenir, idéation noire, perte de l'élan vital, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, anhédonie et abolie, irritabilité, explosivité et inquiétude, phobies diverses et sentiment de persécution.

Devant un expertisé oppositionnel et peu collaborant, il paraît nécessaire, de l'avis de la chambre de céans, de faire préciser les plaintes de façon dirigée, d'autant plus

que la mauvaise collaboration peut constituer un symptôme de la maladie psychiatrique, notamment lorsque celle-ci relève du registre psychotique. Comme l'intimé lui-même l'expose dans ses écritures du 11 juillet 2014, une expertise médicale doit être considérée au contraire comme incomplète, selon la jurisprudence, lorsque l'expert n'a pas relevé des faits non mentionnés dans le dossier par le biais de ses propres interrogatoires, examens et investigations (arrêt du Tribunal fédéral I 568/06 du 22 novembre 2006, consid. 5.1). Il ne saurait dès lors non plus être reproché à l'expert d'avoir fait répondre l'expertisé au questionnaire auto-évaluatif avec l'aide d'un tiers, un interprète professionnel en l'occurrence, notamment lorsqu'il s'avère que l'expertisé est illettré. Il est à cet égard à relever que la conduite de l'expertise est laissée au libre arbitre de l'expert, selon la jurisprudence citée par l'intimé lui-même (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_538/2009 du 8 janvier 2010, consid. 3.3). Il est également faux que l'expert judiciaire n'ait pas expliqué les raisons de l'absence de participation optimale du recourant à l'expertise. En effet, cette mauvaise collaboration trouve son explication dans les limitations du recourant dans les relations sociales, telles que rapportées par l'expert judiciaire, à savoir une méfiance, un état de constante hypervigilance suite au sentiment de persécution, et une inhibition des interactions sociales (p. 63 de l'expertise judiciaire).

Il est en outre inexact que l'expert judiciaire n'a pas tenu compte de la seconde expertise de la Dresse C\_\_\_\_\_. Au contraire, il a expliqué dans tous les détails pourquoi il s'en écartait. Du reste, la chambre de céans n'a pas non plus été convaincue par cette expertise et lui a dénué une valeur probante, comme exposé dans l'ordonnance d'expertise, raison pour laquelle elle a précisément mis en œuvre une expertise judiciaire.

En ce que la Dresse H\_\_\_\_\_ considère que l'expert judiciaire a retenu à tort le diagnostic de schizophrénie, elle ne peut pas non plus être suivie. En effet, elle n'est pas psychiatre et n'a pas examiné le recourant. Contrairement à ce qu'elle soutient, il y a en outre beaucoup d'éléments concordants du registre psychotique, qu'elle a de surcroît elle-même pu recueillir lors de son entretien du 8 mars 2012 avec le recourant. Ainsi, le recourant lui a fait part qu'il lui était difficile d'être à l'extérieur et de voir des voitures de police, qu'il gérait difficilement au quotidien ses hallucinations, qu'il entendait des voix qui l'appelaient lorsqu'il se promenait dans la rue. Ces symptômes ressortent aussi de l'expertise d'octobre 2012 de la Dresse C\_\_\_\_\_. Le Dr E\_\_\_\_\_ mentionne que le recourant dit ne pas aimer les interprètes, leur reprochant de ne pas traduire juste, ce qui correspond à des idées sub-déliantes. Le recourant a aussi l'impression que le traducteur pourrait divulguer tout le contenu des entretiens à l'extérieur et modifier ses dires. Le médecin traitant a eu des difficultés pour obtenir la confiance du recourant. Du reste, la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR a également fait état de troubles psychotiques sous-jacents, susceptibles de se décompenser, dans son avis médical du 21

novembre 2013. Ainsi, le diagnostic de schizophrénie retenu par l'expert judiciaire paraît convainquant, en présence de plusieurs symptômes psychotiques.

Est également infondé le grief selon lequel l'expert judiciaire se serait basé uniquement sur les plaintes subjectives et des tests d'auto-évaluation. Outre le fait qu'il a pris des renseignements auprès du frère du recourant et a procédé à des concilia avec les Drs E\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, il constate en premier lieu qu'il a été très difficile de convoquer le recourant à l'expertise, celui-ci ne réagissant pas aux correspondances qui lui étaient envoyées à son adresse privée. Le recourant reste passif dans la salle d'attente, tandis que le frère remplit pour lui une fiche de données administratives. Il est orienté dans le temps, sauf pour l'année, mais désorienté par rapport à la situation, ignorant qu'il est convoqué pour une expertise, semblant croire qu'il s'agit d'une affaire liée à son divorce et s'étonnant que ses soucis avec la justice ne soient pas encore terminés. Ce n'est qu'avec beaucoup d'hésitation qu'il signe la décharge du secret médical, affirmant que cela se retournerait contre lui comme toujours. Sa thymie est dépressive, son faciès triste, à l'exception de quelques sourires souffrant, et la mimie plutôt figée. Il n'y a pas de rires. A une reprise, l'assuré pleure en cachant son visage, en se faisant des reproches. Selon l'expert judiciaire, l'anhédonie est ainsi significative. Le discours est cohérent, factuel et très pauvre avec des réponses très courtes, peu élaborées, approximatives, souvent à côté, voire évasives. Le recourant a beaucoup de mal à comprendre la situation et l'évolution des choses. La collaboration est mauvaise, l'expertisé étant contrarié par la situation de l'expertise qu'il vit comme une contrainte. Lors de la passation des tests psychologiques, il regarde parfois derrière lui comme pour vérifier si quelqu'un s'y trouve. Le ton est monotone, monocorde, parfois presque inaudible, mais pas menaçant. Quant à sa maladie, le recourant est ambigu, niant tantôt totalement sa présence, tantôt admettant son état, mais sans trop approfondir, ni le nommer. L'introspection est absente. La tension psychique et physique est bien palpable, surtout l'irritabilité et l'irascibilité. Par moment, il semble oppressé. Ses yeux sont rouges et cernés et le recourant paraît fatigué. Il donne l'impression d'être désabusé, indifférent, avec un effet émoussé, vivant sa petite vie régressée et egocentrique sur un mode résigné, mais aussi avec d'occasionnelles explosions de colère face aux autres qui vont bien. Il paraît disposer de peu de ressources pour casser cette évolution régressive et ne donne pas l'impression de chercher un bénéfice secondaire pécuniaire de sa maladie, dès lors que ses revendications sont infantiles et qu'il n'est intéressé ni par l'assurance ni par la rente, se montrant passif et laissant les autres lutter pour lui. De ces constatations de l'expert judiciaire résulte que ses conclusions ne sont de loin pas seulement fondées sur des plaintes subjectives, mais sur un grand nombre d'observations objectives.

Quant au diagnostic de fonctionnement intellectuel limite, il est faux de soutenir qu'il n'est fondé sur aucun élément objectif, en l'absence d'un examen neuropsychologique ou d'un test de quotient intellectuel. Indépendamment du fait

que le médecin du SMR admet lui-même qu'un tel test n'aurait pas été interprétable, au vu de la faible collaboration du recourant, il n'est guère nécessaire de faire un test pour constater que les capacités de calcul d'une personne sont celles d'un enfant de 6-7 ans au mieux et qu'elle est illettrée dans sa langue maternelle, comme l'expert judiciaire l'a relevé.

Il ne peut non plus être reproché à l'expert judiciaire d'avoir établi l'anamnèse avec l'aide du frère du recourant, pour comprendre la situation médicale, d'autant moins que l'expert indique toujours clairement quelles informations ont été données par ce dernier, étant de nouveau rappelé qu'une expertise est incomplète, si l'expert n'essaye pas d'obtenir les faits impossibles à obtenir autrement par ses propres interrogatoires et investigations, et que la conduite de l'expertise est laissée au libre arbitre de l'expert. A cela s'ajoute que les éléments anamnestiques obtenus sont concordants et qu'il n'y a par conséquent pas de raison de mettre en question les indications du frère du recourant.

Compte tenu de la qualité de l'expertise judiciaire qui ne laisse pas de doute sur l'incapacité de travail du recourant, la chambre de céans ne juge pas nécessaire de demander l'apport du bilan neuropsychologique.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retient avec l'expert judiciaire que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré fin 2010, de sorte qu'il peut continuer à prétendre à une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2011.

10. Cela étant, le recours sera admis et la décision attaquée annulée. Le recourant sera par ailleurs mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> février 2009 sans limitation dans le temps.
11. Dans la mesure où l'intimé succombe, il est condamné à verser au recourant une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
12. L'intimé supportera également un émolument de justice de CHF 500.-.

**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 du 1<sup>er</sup> juillet 2013.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> février 2009 sans limitation de la durée.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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