

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2857/2010

ATAS/1056/2011

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 novembre 2011**

**5ème Chambre**

En la cause

Monsieur T\_\_\_\_\_, domicilié à Plan-les-Ouates

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Monsieur T\_\_\_\_\_, né en 1960 et d'origine turque, est arrivé en Suisse en avril 1983. En dernier lieu, il a travaillé comme manutentionnaire chez X\_\_\_\_\_. En raison de douleurs au dos, puis de douleurs ubiquitaires, il quitte cet emploi en 1991 et émarge à l'assurance-chômage, hormis six mois de travail temporaire comme ouvrier dans une usine et deux à trois mois temporaires dans une fabrique de montres en 1993 (cf. rapport COPAI du 7 mai 1996).
2. En mars 1995, il dépose une demande de prestation d'assurance-invalidité. Dans le cadre de celle-ci, il est mis au bénéfice d'une observation professionnelle du 18 mars au 18 avril 1996. Dans son rapport du 7 mai 1996, le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) constate que la capacité de charge professionnelle de l'assuré doit être considérée comme nulle, l'atteinte musculaire affectant les positions et gestes de travail est telle que le rendement est inexploitable dans le circuit économique normal, tant en quantité qu'en qualité. Les capacités physiques et d'apprentissage, extrêmement réduites, ne peuvent être utilisées avec profit dans une activité professionnelle. Seule l'intégration en atelier protégé pourrait être envisagée. Précédemment, le Dr A\_\_\_\_\_, médecin-conseil du COPAI, constate, dans son rapport médical du 23 avril 1996, que le patient a une personnalité anxieuse et obsessionnelle. Il est affecté d'un syndrome fibromyalgique primaire. Tous les traitements ont échoué et la situation actuelle a peu de chance de se modifier positivement à moyen ou long terme. Le stage au COPAI a confirmé que sa pathologie n'était pas compatible avec une activité professionnelle. Par ailleurs, la composante dépressive réactionnelle, très classique dans ce type de pathologie, constitue un obstacle supplémentaire à une reprise d'activité.
3. Par décision du 14 octobre 1997, l'assuré est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> mai 1996.
4. En mai 2004, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), entame une procédure de révision de rente. Dans le cadre de cette procédure, l'assuré est soumis à une expertise psychiatrique par le Dr B\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 7 juillet 2005, l'expert retient les diagnostics de fond dysthymique, de troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale, ainsi qu'une personnalité à traits évitants et obsessionnels. La prise en charge psychothérapeutique a été interrompue en 1996 et l'assuré ne bénéficie pas d'un traitement antidépresseur médicamenteux. Celui-ci admet que son état psychique s'est amélioré depuis trois à quatre ans. Le tableau clinique est actuellement dominé par une symptomatologie algique au niveau lombaire et cervical. Néanmoins, au cabinet, l'assuré ne paraissait ni dolent, ni fortement limité dans ses mouvements et

déplacements. Il ne subit en outre pas de perte d'intégration sociale, mais paraît avoir au contraire une grande activité associative et peut accomplir de nombreuses tâches domestiques. La capacité de travail est entière, même si l'assuré paraît déconditionné tant au niveau psychologique que physique. Son vocabulaire en français est limité, mais il est en mesure de comprendre les questions et d'y répondre de façon satisfaisante. L'expert ne recommande pas de procéder à un reclassement professionnel qui semble voué à l'échec.

5. Par décision du 24 novembre 2005, l'OAI supprime la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de sa décision.
6. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré forme opposition à cette décision. Dans ses écritures du 30 janvier 2006, il fait notamment valoir que, du point de vue somatique, il présente toujours des douleurs lombalgiques basses avec cervicalgies irradiantes dont l'intensité va en s'accroissant. Le diagnostic est une fibromyalgie avec syndrome dépressif chronique, accompagné d'une discopathie dégénérative et d'une uncarthrose étagée. L'assuré reproche à l'OAI de ne pas avoir ordonné une expertise concernant ses atteintes rhumatologiques. Quant au trouble dépressif, il est fluctuant, mais toujours présent. Il varie en fonction des douleurs, ce qui ne peut être mis en évidence par un succinct examen médical, en l'occurrence d'une heure. Il s'oppose à tout traitement psychiatrique, préférant mettre ses troubles sur le compte des douleurs somatiques.
7. En avril 2006, l'assuré est soumis à une expertise par la Dresse C \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 6 juin 2006, elle pose les diagnostics de cervicalgies chroniques, tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs à droite et de lombalgies chroniques. L'assuré se plaint principalement de cervicalgies chroniques irradiant de manière diffuse dans le membre supérieur droit, l'empêchant de bouger et entraînant des troubles du sommeil. Il se plaint également de l'épaule droite qui le limite dans toutes les activités. Toutefois, les radiographies, ainsi qu'une IRM, sont compatibles avec l'âge et n'expliquent pas les douleurs et les limitations fonctionnelles décrites par l'expertisé. Quant aux signes cliniques et radiographiques en faveur d'une tendinopathie chronique du sus-épineux droit, une prise en charge plus spécifique au niveau de l'épaule (infiltrations, physiothérapie spécifique) pourrait être proposée. Concernant la fibromyalgie, il n'y a actuellement pas de critères pour ce diagnostic, hormis les douleurs mal systématisées, la fatigue et les troubles du sommeil. Du point de vue fonctionnel, en raison des douleurs cervicales et de la tendinopathie de l'épaule droite, l'assuré est limité dans le port de charges lourdes, les travaux lourds et les mouvements répétés de l'épaule droite. Il ne peut donc pas reprendre son ancienne activité de manutentionnaire. Dans le cadre d'une activité légère, sans port de charge de plus de 10 kilos, sans mouvements répétés de l'épaule, avec possibilité de changer occasionnellement de position, sa capacité de travail est complète. Selon ce médecin, des mesures de réadaptation seraient par

ailleurs souhaitables, l'assuré n'ayant plus travaillé depuis 10 ans. Il est toutefois peu probable que cette réadaptation aboutisse à une réinsertion professionnelle, le stage effectué en 1996 ayant été un échec.

8. En octobre 2006, l'assuré est hospitalisé au Département psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour une aggravation de la symptomatologie dépressive. Il est ensuite suivi au Centre de thérapie brève (CTB) du 30 octobre au 5 décembre 2006. Dans son rapport d'intervention, le CTB mentionne les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et de fibromyalgie. Dans les éléments anamnestiques est indiqué que l'état dépressif est fluctuant, avec une aggravation depuis deux ans. Le médecin psychiatre traitant a prescrit des antidépresseurs. Ces dernières semaines, l'état dépressif s'est aggravé avec des troubles du sommeil et des cauchemars nécessitant une hospitalisation aux HUG du 24 au 30 octobre 2006. Le médicament Efexor à 300 mg, associé à l'introduction de Trittico et de Zyprexa, est administré. A l'entrée, le CTB constate un ralentissement psychomoteur, une thymie triste, un trouble du sommeil avec cauchemars. L'assuré n'a pas d'idées noires, ni d'idées suicidaires. La symptomatologie dépressive était liée au conflit de couple et à la perte d'autonomie du patient, créant d'importantes tensions au sein du couple. Au cours du suivi, il a pu discuter avec sa femme et clarifier leur situation. Le couple a pris la décision d'un commun accord d'un partage de leurs tâches ménagères et que l'assuré prendrait des cours de français. Il a entrepris des démarches dans ce sens. La clarification de cette situation l'a beaucoup aidé. Il se sentait nettement moins tendu et moins anxieux.
9. Par décision du 17 septembre 2007, l'OAI rejette l'opposition de l'assuré.
10. Le 4 mars 2009, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations d'invalidité en précisant qu'il souffre d'une fibromyalgie aigue et chronique, ainsi que d'un problème de cervicales et du dos. Invité par l'OAI à indiquer les faits nouveaux qui pourraient motiver une réinstruction de son droit à la rente, l'assuré lui répond, par courrier du 20 mars 2009, que le médecin-conseil de l'époque, après une consultation de 15 minutes, a estimé que son état de santé s'était amélioré, ce qui a entraîné la suppression de la rente d'invalidité. Or, il souffre depuis plusieurs années d'une maladie appelée fibromyalgie chronique aigue, en plus de douleurs cervicales et dorsales. La suppression de la rente en 2007 l'a complètement anéanti, physiquement, moralement et chroniquement. Il n'était pas parvenu à se remettre de cette décision. Actuellement, son état de santé s'est empiré à tout point de vue et son médecin-traitant, ainsi que son psychologue estiment qu'il est dans l'incapacité physique et psychique de travailler. Il ne comprend par ailleurs pas pourquoi il doit continuer à se justifier sur son état de santé passé et présent, alors que son dossier médical est connu par l'OAI.

11. Suite à la communication d'un projet de décision de refus d'entrer en matière, le Dr D\_\_\_\_\_ informe l'OAI, par courrier du 20 avril 2009, que son patient n'a jamais présenté une évolution favorable depuis qu'il est suivi par lui. Il a fait plusieurs rechutes de son affection psychiatrique et a été hospitalisé au Département psychiatrique des HUG où les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ont été posés. Depuis la suppression de sa rente en 2007, son état psychique et tous les symptômes et signes de son état anxio-dépressif se sont nettement aggravés. Il est totalement incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères. Sa capacité de travail est nulle.
12. Dans son rapport du 18 mai 2009, le Dr D\_\_\_\_\_ diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, une anxiété généralisée, un syndrome douloureux somatoforme persistant et une personnalité anxieuse (évitante).
13. Dans son rapport du 27 mai 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de troubles somatoformes douloureux, de fibromyalgie et cervicalgies sur discopathies et uncarthrose, ainsi que de tendinopathie calcifiante de l'épaule droite. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail et renvoie sur ce point au psychiatre-traitant.
14. En janvier 2010, l'assuré est soumis à une nouvelle expertise par le Dr B\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 23 février 2010, celui-ci pose le diagnostic d'état dépressif majeur de gravité légère. A l'examen clinique, il constate notamment que l'assuré est tout à fait soigné de sa personne, qu'il se déplace sans limitations, ne paraît pas dolent ou algique et peut demeurer assis pendant tout l'entretien. Il est courtois, collaborant et répond de manière claire et précise aux questions posées. A deux ou trois moments, il paraît légèrement ému. Il signale être actuellement moins bien psychologiquement. Il manque de motivation et d'entrain, a moins d'énergie et est plus fatigué le matin. Ses plaintes douloureuses ne sont actuellement plus vraiment au premier plan. Il se plaint de lombalgies basses, de cervico-brachialgies à prépondérance droite et mentionne des sensations de fourmillements dans le bras et la main droite. Pour le reste, son statut est inchangé par rapport à son expertise précédente. Dans la discussion du cas, l'expert relève que la symptomatologie dépressive est de gravité légère à moyenne. Selon l'expert, il faut tenir compte d'une certaine tendance à la dramatisation et à l'amplification des symptômes. L'assuré prend régulièrement son traitement, sauf pour le Sirdalud dont les valeurs ne sont pas détectables. Compte tenu de ce que les plaintes douloureuses ne sont plus au premier plan, l'expert estime que le diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne peut plus être retenu. La diminution de la capacité de travail est de 20 à 30 %, sous forme d'une baisse de rendement, dans une activité adaptée. Toutefois, dans le questionnaire relatif aux influences des atteintes sur la capacité de travail, l'expert ne retient plus qu'une baisse de

rendement de 20 %. Il préconise par ailleurs une augmentation du dosage de l'antidépresseur.

15. Dans son avis médical du 3 août 2010, la Dresse F\_\_\_\_\_ du SMR déclare ne pas pouvoir adhérer aux conclusions de l'expert, selon lequel il y a une diminution de rendement de 20 à 30 % dans une activité adaptée, dès lors que l'expert a estimé que le status clinique était superposable à celui constaté lors de l'examen clinique du 8 juin 2005.
16. Par décision du 6 août 2010, l'OAI refuse le droit aux prestations.
17. Par courrier du 25 août 2010 à l'OAI, l'assuré conteste cette décision. Il fait valoir qu'il n'est toujours pas apte à travailler. De plus, il a 50 ans et aucun diplôme, de sorte qu'il lui serait aujourd'hui encore plus difficile de trouver un employeur. Depuis cinq ans, il recherche un emploi et n'a toujours rien trouvé au vu de ses problèmes de santé.
18. A la même date, l'assuré transmet copie de ce courrier au Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, en lui indiquant qu'il recourt contre la décision de l'OAI.
19. Dans sa réponse au recours du 21 septembre 2010, l'OAI conclut à son rejet en reprenant son argumentation antérieure.
20. Entendu le 13 octobre 2010 par le Tribunal, le recourant déclare ce qui suit :

"Je ne vais toujours pas bien. Je n'arrive notamment pas à dormir, même avec des médicaments. J'ai des douleurs partout et je manque de concentration.

A la question de la Juge de savoir ce qui m'empêche le plus de travailler, je relève que je n'ai plus travaillé depuis 15 à 20 ans. Par ailleurs, j'ai essayé de retrouver du travail, sans succès. Enfin, je pense que je ne pourrais pas travailler à cause des problèmes de concentration et des douleurs.

Les relations avec ma femme ne sont pas très bonnes, notamment du fait que je ne gagne pas d'argent. Elle est souvent énervée contre moi.

Pendant la journée, je regarde la télévision, je me promène ou je vais parfois chez quelqu'un.

Depuis 2 ans, je ne fréquente plus la Maison Populaire de Genève."

21. Par courrier du 15 novembre 2010, X\_\_\_\_\_ informe le Tribunal que le salaire mensuel brut d'un manutentionnaire dans cette entreprise en 2009 s'élève à environ 5'400 fr.
22. Par ordonnance du 5 janvier 2011, la Cour de céans, compétente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, met en œuvre une expertise psychiatrique et la confie au Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre.
23. Dans son rapport du 24 juin 2011, l'expert judiciaire retient les diagnostics d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique et de personnalité fruste. Il écarte le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, les douleurs ne donnant pas lieu à des plaintes insistantes en premier plan. Il estime en outre qu'il existe un contexte ostéo-articulaire qui peut justifier les douleurs signalées. Il écarte le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en l'absence d'une période totalement dépourvue de symptôme dépressif. Dans la discussion, l'expert fait par ailleurs état d'un trouble de la personnalité pour rendre compte du caractère fruste et rigide de l'expertisé qui entraîne une capacité d'adaptation faible. Quant à l'affirmation du recourant, selon laquelle aurait eu une activité politique dans son pays, celle-ci paraît peu crédible à l'expert, au vu de l'état psychique et mental actuel, ainsi que son mode de vie très limité depuis qu'il est en Suisse. A l'observation clinique, l'expert est principalement frappé par un état psychique fruste et peu différencié, un ralentissement psychomoteur, une absence d'initiative et une grande passivité. C'est également cet état qui semble avoir provoqué l'échec du stage d'observation professionnelle en 1996. Par ailleurs, il semble probable que le recourant ait trouvé un nouvel équilibre psychique entre 1996 et 2005, mais qu'il l'ait perdu par la suppression de sa rente d'invalidité. L'expert judiciaire n'exclut pas que le Dr B\_\_\_\_\_ ait été amené à sous-évaluer la gravité de l'état psychique du recourant. En effet, l'épouse de celui-ci lui a rapporté que son mari avait peur d'être enfermé en hôpital psychiatrique, s'il disait à cet expert qu'il allait trop mal. Quant à l'interprétation des tests psychologiques réalisés par le Dr B\_\_\_\_\_, le Dr G\_\_\_\_\_ fait observer qu'il n'est pas établi que l'expertisé ait véritablement compris les consignes. Ce dernier est narcissiquement très blessé du fait de la perte de sa position de chef de famille, de mari pourvoyeur de moyens économiques, de travailleur et de son autonomie sur le plan financier. Selon l'expert, sa capacité de gain n'a pas évolué depuis 1996. Quant à l'amélioration psychique qui a probablement eu lieu entre 1996 et 2005, elle constitue plus une stabilisation de l'état psychique, en ce que le recourant a été mis à l'abri d'échecs à répétition, qu'une augmentation de la capacité de travail. Cette capacité se situerait très probablement autour des 40 % (mi-temps avec diminution du rendement) dans une activité adaptée et sans tenir compte des limitations physiques. Toutefois, selon l'expert psychiatre, le problème du recourant se situe essentiellement au niveau de son déconditionnement depuis une quinzaine d'années, de sorte que seule une activité en milieu protégé est envisageable. L'état psychiatrique actuel ne justifie pas une évaluation différente de la capacité de travail à celle qui a été faite en 1996,

l'expertisé n'ayant pas retrouvé des ressources personnelles supplémentaires. Par ailleurs, le recourant ne présente pas un état psychique cristallisé, soit un conflit intrapsychique résolu par une maladie, mais un état de manque complet de moyens intellectuels et mentaux et une incapacité de compenser les pertes subies, aboutissant à un épuisement psychique. L'incapacité de travail est uniquement due à la maladie. Le traitement médical est adéquat, l'augmentation du traitement médicamenteux pouvant provoquer des effets secondaires potentiellement dangereux. Le pronostic de l'expert judiciaire est réservé. De l'anamnèse, il ressort que le recourant passe la plupart de ses journées à domicile, mais prend aussi son café avec des connaissances. Il participe ponctuellement aux tâches ménagères et a quelques contacts sociaux. Il a en outre déclaré à l'expert aimer les visites et être en société, et a décrit son moral comme moyennement bon.

24. Le 15 août 2011, le Dr H\_\_\_\_\_ du SMR se détermine sur l'expertise judiciaire. Il considère, sur la base des nouveaux documents, que l'aggravation de l'état psychique du recourant a un caractère durable, dès la prise en charge ambulatoire intensive en psychiatrie institutionnelle au CTB. Une amélioration ultérieure ne peut être démontrée, de sorte, qu'il y a lieu d'admettre une incapacité de travail à 100 % dans toute activité dès octobre 2006.
25. Par écriture du 14 septembre 2011, l'intimé persiste dans ses conclusions, en considérant que la dernière décision entrée en force a été rendue le 17 septembre 2007 et que le SMR retient que l'état de santé est resté inchangé depuis octobre 2006, soit à une date qui est antérieure à cette décision.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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 (art. 56 ss LPGA).

3. Est litigieuse en l'occurrence le degré d'invalidité du recourant à compter du 17 septembre 2007.
4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI).

L'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

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). Aux termes de l'art. 7 al. 1er LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que 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. L'art. 7 al. 2 LPGA n'a cependant pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais correspond à l'inscription dans la loi de

---

la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7 p. 229 ss.). Enfin, 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

6. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins .

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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. Selon art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 et l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 , l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la

valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

c) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte en principe 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 352 consid. 3b/aa et les références).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

d) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

8. En l'occurrence, une aggravation de l'état de santé a déjà été admise par le Dr B\_\_\_\_\_. En effet, celui-ci a diagnostiqué un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne, alors qu'il n'avait pas retenu ce diagnostic dans son expertise du 17 juillet 2005. Selon ce médecin, l'aggravation est survenue en 2007 ou 2008, sans toutefois donner des explications concernant le moment de la survenance de l'aggravation, laquelle ne résulte pas non plus de l'anamnèse figurant dans son expertise. Par ailleurs, selon le Dr B\_\_\_\_\_, la capacité de travail du recourant est diminuée de 20 à 30 %. Il convient toutefois de relever que le recourant a indiqué avoir été très angoissé lors de cette expertise et avoir répondu par "oui" à toutes les questions posées par l'expert, de peur d'être hospitalisé. Cela est confirmé par le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2007, ainsi que par de l'expertise judiciaire. En effet, l'épouse du recourant a indiqué au Dr G\_\_\_\_\_ que son mari avait peur d'être enfermé en hôpital psychiatrique s'il disait au Dr B\_\_\_\_\_ qu'il allait trop mal. Par conséquent, une pleine valeur probante ne peut être accordée à cette expertise, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail.

L'aggravation de l'état de santé a été confirmée par l'expert judiciaire, lequel a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique et de personnalité fruste (évitante).

Il est à relever que cette aggravation a déjà été admise par l'intimé dans sa décision sur opposition du 17 septembre 2007. Toutefois, sur la base d'un avis médical du Dr I\_\_\_\_\_, il a considéré que cette aggravation n'avait pas valeur de maladie, dès lors qu'elle était réactionnelle à la décision de suppression de la rente. Implicitement, l'intimé a donc estimé que cette aggravation n'avait pas un caractère durable, s'agissant d'une réaction à un événement extérieur adverse, et que le recourant ne manquerait pas de surmonter cet événement pour retrouver l'état psychique qu'il présentait avant la suppression de la rente.

Aujourd'hui, l'intimé se prévaut de ce que cette aggravation est survenue déjà avant sa décision du 17 septembre 2007, de sorte qu'aucune aggravation ne peut être retenue depuis cette date. Il convient toutefois de considérer que le fait nouveau de la modification de l'état de santé consiste en l'occurrence dans sa durée, laquelle pouvait être considérée comme insuffisante en septembre 2007. Par conséquent, même si l'état de santé du recourant s'est aggravé à partir de son hospitalisation en octobre 2006, une aggravation durable ne peut être constatée qu'après au moins d'une année.

C'est par ailleurs également l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ du SMR qui a relevé que le Dr I\_\_\_\_\_ avait conclu le 30 janvier 2007 à un caractère non durable de l'aggravation psychique. Aujourd'hui, le SMR admet que cette aggravation a un caractère durable, en l'absence d'une amélioration ultérieure. Le Dr H\_\_\_\_\_ est

également d'accord avec l'expert judiciaire, en ce que celui-ci considère que la capacité de travail est nulle depuis octobre 2006.

Dans ces conditions, il sied de reconnaître qu'une aggravation durable de l'état psychique s'est produite après la décision du 17 septembre 2007 et que celle-ci a provoqué une incapacité totale de travailler. Cela étant, le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité entière.

9. Se pose encore la question de savoir à partir de quelle date le droit à une rente est ouvert.

a) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où, comme en l'espèce, le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (arrêt non publié du Tribunal fédéral 8C\_233/2010 du 7 janvier 2011, consid. 4, résumé in RSAS 2011 p. 298, arrêt non publié du Tribunal fédéral 8C\_262/2010 du 12 janvier 2011, consid. 3, résumé in RSAS 2011 p. 297). Selon l'art. 29 al. 1 let b LAI, le droit à la rente naît 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. Toutefois, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail du même origine, on déduira de la période d'attente imposée par cette disposition celle qui a précédé le premier octroi, aux termes de l'art. 29bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201).

b) La rente a été supprimée en l'occurrence dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, par décision du 24 novembre 2005, à laquelle l'effet suspensif a été retiré. La nouvelle demande a été déposée en mars 2009, soit plus de trois ans après la suppression de la rente, de sorte que l'art. 29bis RAI n'est pas applicable. Par conséquent, il convient d'admettre que le droit à la rente est né en octobre 2007, l'état de santé du recourant s'étant aggravé en octobre 2006.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2007.
11. Dans la mesure où l'intimé succombe, l'émolument de justice de 200 fr. est mis à sa charge.

**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 6 août 2010.
4. Met le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2007.
5. Met un émolument de 200 fr. 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

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