

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3242/2012

ATAS/892/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 septembre 2013

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié c/o M. B _____ à
CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître BROTO Diane

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____, de nationalité turque et né en 1966, a travaillé comme monteur d'isolations pare-feu. Il a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 1995 au 30 juin 1997, par décision du 22 décembre 1997 de l'Office AI du canton de Vaud (ci-après OAI du canton de Vaud). Ces prestations ont été remplacées, dès le 3 juin 1997, par des indemnités journalières en raison d'une période de stage en vue d'une formation. Après interruption de ce stage en mars 1998, à cause de la mauvaise conjoncture économique, l'assuré a obtenu des indemnités journalières d'attente.
2. Dans le rapport du 11 avril 2001 de la division de réadaptation de l'OAI du canton de Vaud, il est indiqué que l'intéressé "formule expressément la demande d'une rente entière qui lui permettrait ensuite de trouver une activité complémentaire à sa guise". Le rédacteur estime que, dans ces conditions, il n'appartient plus audit office de mettre sur pied de quelconques nouvelles mesures professionnelles et propose une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré.
3. Par décision du 8 juin 2001, l'OAI du canton de Vaud rejette la demande d'octroi d'une rente d'invalidité, la perte de gain n'étant que de 38 %. Cette décision est annulée par jugement du 21 mars 2002 du Tribunal des assurances du canton de Vaud et la cause est renvoyée audit office pour complément d'instruction sur le plan psychiatrique.
4. Le 1^{er} novembre 2002, l'assuré est soumis à un examen pluridisciplinaire par les Drs L_____, généraliste, M_____, rhumatologue, et N_____, psychiatre, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Ces médecins diagnostiquent un trouble douloureux chronique localisé au genou gauche, une gonarthrose précoce après lésion du ménisque externe, arthroscopie pour lésion du ménisque externe-interne réséqué, lésion partielle du ligament croisé antérieur non opéré et ostéochondrite, et des discrets troubles statiques rachidiens assortis de dysbalances musculaires favorisées par la marche vicieuse. Ils concluent par ailleurs à l'absence de limitations psychiatriques. La capacité de travail est entière dans une profession adaptée semi-sédentaire évitant le port répétitif de charges au-delà de 15-20 kilos et les activités accroupies, à quatre pattes et à genoux plus de 15 minutes par heure, ainsi que la montée et descente d'une échelle de façon répétée. Le rendement est diminué de 20 %.
5. L'assuré est ensuite mis au bénéfice d'un stage au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI) du 26 mai au 22 juin 2003. Ce stage est interrompu le 19 juin 2003. Dans son rapport du 25 juin 2003, le Dr O_____, médecin-conseil du COPAI, mentionne que rien ne s'oppose cliniquement à ce que l'assuré ait une activité légère en position assise et que le seul

problème d'envergure consiste dans un comportement systématiquement opposant, d'apparence caractérielle, qui limite toutes les tentatives de reprise d'activité et biaise considérablement les observations professionnelles. Les responsables du stage concluent que, dans une activité adaptée, l'assuré devrait être capable de produire un rendement de l'ordre de 80 % dans un emploi à plein temps, ce qui correspond à une capacité résiduelle de travail de 80 %.

6. Dans son rapport du 22 février 2005, le Dr P_____, psychiatre, diagnostique des difficultés liées à l'acculturation, un status post-accident et des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (visions des esprits "Djinns"). La capacité de travail est nulle depuis 1996. L'état de santé du patient est stationnaire. Dans l'annexe à son rapport médical, le Dr P_____ indique que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible, mais qu'on pourrait exiger que l'assuré exerce une autre activité en tant que manœuvre sans port de charges. Il ne faudrait pas s'attendre à une diminution de rendement.
7. Par décision du 9 octobre 2003, confirmée par décision sur opposition du 8 avril 2005, l'OAI du canton de Vaud rejette la demande de prestations, tout en précisant que la perte de gain est de 14,8 %. Par jugement du 11 août 2008, le recours de l'assuré contre cette décision est rejeté par le Tribunal des assurances du canton de Vaud.
8. Le 4 septembre 2008, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
9. Dans le questionnaire que le Dr P_____ a retourné le 5 novembre 2008 à l'OAI, ce médecin mentionne à titre de diagnostics avec influence sur la capacité de travail une modification de la personnalité après catastrophe (séisme en 1970), des difficultés liées à l'acculturation, un status post-accident (depuis une dizaine d'années rentier de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents - SUVA), et des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions ou des conduites. Les restrictions dans une activité lucrative sont mixtes, physiques et psychiques, et se manifestent par une étrangeté, bizarrerie et maniérisme. Le Dr P_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail, tout en indiquant qu'on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.
10. Par décision du 20 mai 2009, l'OAI refuse d'entrer en matière sur la nouvelle demande, dès lors que l'assuré n'a pas rendu plausible une aggravation de son état. Par arrêt du 4 novembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales rejette le recours contre cette décision.
11. En mai 2011, l'assurée dépose une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

12. Le 16 septembre 2011, le Dr Q_____, psychiatre, fait parvenir à l'OAI un rapport, duquel il ressort qu'il suit l'assuré depuis le 17 décembre 2009 d'une manière régulière, à la suite de la retraite du Dr P_____. Il relève que les diagnostics du rapport de ce dernier du 5 novembre 2008 se sont modifiés, l'assuré présentant des éléments psychotiques très importants avec des hallucinations auditives et visuelles, ainsi qu'une symptomatologie anxio-dépressive sérieuse. Il a fait plusieurs rechutes de son affection psychiatrique et n'a pas montré une évolution favorable à ce jour. Cela étant, ce psychiatre juge l'assuré totalement incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères, ainsi que de travailler.
13. Selon le rapport du 25 octobre 2011 du Dr Q_____, l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, de délirium et d'un trouble mixte des conduites et des émotions. L'assuré est traité par des antidépresseurs, anxiolytiques et neuroleptiques. Sa capacité de travail est nulle depuis le 1^{er} janvier 2010. Pour le surplus, ce médecin confirme son rapport antérieur.
14. En mai 2012, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr R_____, psychiatre. Dans son rapport du 16 mai 2012, l'expert ne pose aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail. Le diagnostic émis de trouble anxieux et dépressif mixte est sans répercussion sur celle-ci. Partant, l'expert estime que la capacité de travail est totale sur le plan psychique. Il ressort notamment de ce rapport que l'assuré décrit des moments récurrents d'angoisse où des "djinns" essayent de l'étrangler. Selon l'expert, il n'y a toutefois pas d'éléments en faveur d'une idée délirante dépassant le cadre culturel du pays d'origine de l'assuré.
15. Le 7 août 2012, l'OAI fait savoir à l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser le droit aux prestations.
16. Par décision du 25 septembre 2012, notifiée sous pli simple, l'OAI confirme le projet de décision précité.
17. Par acte du 29 octobre 2012, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente. Subsidiativement, il demande des mesures de réadaptation professionnelle. Il fait valoir que son état de santé s'est péjoré depuis 2009, de sorte que sa capacité de travail est diminuée.
18. Dans son préavis du 3 décembre 2012, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant à la motivation de la décision dont est recours.
19. Par écriture du 9 janvier 2013, le recourant persiste dans ses conclusions et requiert une comparution personnelle des parties, ce qui permettrait de lever tout doute

quant à la valeur probante de l'expertise. Il met en exergue que les conclusions de celle-ci sont en totale contradiction avec celles du psychiatre traitant.

20. Par courrier du 30 janvier 2013, le Dr Q_____ se détermine sur l'expertise du Dr R_____ et se déclare en total désaccord avec les conclusions de celle-ci, l'expert ayant minimisé les symptômes. Par ailleurs, si le recourant ne prend pas des neuroleptiques, comme l'expert l'a retenu en sa défaveur, cela tient au fait qu'il le refuse. Il n'est pas non plus d'accord avec un changement du traitement antidépresseur et anxiolytique, tel que préconisé par l'expert. Le Dr Q_____ persiste à considérer que le recourant est totalement incapable de travailler.
21. Par ordonnance du 8 mars 2013, la Cour met en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et la confie au Dr S_____.
22. Dans son rapport du 26 juin 2013, fondée sur deux entretiens de 60 minutes, un entretien téléphonique de 15 minutes avec l'assistante sociale du recourant et de 10 minutes avec son psychiatre traitant, l'expert judiciaire diagnostique des troubles mixtes de la personnalité (immature, dépendant, anxieux), d'épisodes dépressifs moyens et autres troubles délirants persistants. Les plaintes sont pour l'essentiel identiques à celles rapportées par le Dr R_____. Dans les observations cliniques, l'expert judiciaire mentionne que le recourant parle d'une façon très effacée, en chuchotant d'une voix à peine audible par moments, lorsqu'il aborde le sujet des djinns et des abus qu'il subirait. Le discours est cohérent, quoique peu précis et lacunaire, marqué par trop de tristesse et d'apathie. Le langage est immature et plaintif. Le recourant ne suscite pas de contre-attitude négative, se montrant faible, diminué, démuni et impuissant. Selon ses dires, les djinns viendraient lui faire du mal durant la nuit. L'expert judiciaire qualifie ces perceptions d'hallucinations visuelles et auditives, le recourant voyant s'enfuir ces démons et les entendant lorsqu'il se réveille. Le recourant reste par ailleurs traumatisé par les arrestations policières vécues en Turquie et pleure beaucoup en parlant de ces expériences difficiles. Dans les symptômes dépressifs, l'expert judiciaire mentionne que le recourant dort mal, manque de motivation à faire les choses, présente une grande fatigabilité, des troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi qu'il n'arrive plus à se relever et à organiser sa vie suite à la rupture avec sa femme. Le diagnostic de trouble de la personnalité est fondé sur un dysfonctionnement relationnel et professionnel depuis la fin de la scolarité du recourant, notamment du fait qu'il rapporte avoir fait des études de droit, alors qu'il n'a pas le niveau intellectuel pour une telle formation. Depuis l'accident en 1994 au moins, il présente également un dysfonctionnement en rapport avec son anxiété, avec une tendance à se priver, à se replier sur lui et à se restreindre, plutôt que de rechercher des solutions à l'extérieur et à affronter la difficulté. La symptomatologie dépressive est persistante, sous traitement antidépresseurs adéquats. Il est ralenti, présente une humeur dépressive constante, souffre de troubles du sommeil, de troubles de la concentration et de la mémoire. Il manque

par ailleurs d'énergie vitale et éprouve des sentiments de honte et un manque d'estime de lui-même. Dans la discussion, l'expert relève également que les hallucinations perturbent le recourant au point d'être en larmes dès qu'il les invoque. Il se sent en marge de son réseau social et à le sentiment d'être perçu comme fou par les autres personnes de sa communauté. Dans les limitations fonctionnelles, l'expert judiciaire retient les symptômes précités de l'état dépressif. Le risque d'absentéisme pour cause de maladie serait fort. La capacité de travail est ainsi nulle dans l'état actuel. Quant à la date de l'aggravation, les rapports du Dr T_____ laissent supposer une détérioration progressive au moins depuis 2005, mais il est délicat de trancher cette question huit ans plus tard, sur la base de rapports psychiatriques peu détaillés, selon l'expert judiciaire. L'incapacité de travail est par ailleurs exclusivement due à une maladie psychiatrique. Quant à l'expertise du Dr R_____, l'expert judiciaire relève que ce psychiatre a interprété l'anamnèse d'une manière qui ne correspond pas à ce que le recourant a exprimé chez l'expert judiciaire, alors même que les éléments factuels sont identiques.

23. Dans son avis médical du 10 juillet 2013, le Dr U_____ du SMR considère qu'il est évident que l'isolement de l'assuré est dû à des problèmes financiers et non pas à une atteinte psychique. On comprend par ailleurs mal pourquoi aucun traitement n'a été accepté par le recourant pour éviter les hallucinations, si elles sont aussi mal supportées depuis de nombreuses années. Selon le médecin du SMR, l'expert judiciaire adhère à la description du psychiatre traitant et de l'assistante sociale, sans critiquer les éléments non médicaux de leurs appréciations. Ainsi, il juge les conclusions de l'expertise judiciaire peu convaincantes. Il nie ainsi une péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision de l'intimé.
24. Dans ses écritures du 29 juillet 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions, déniaut au rapport d'expertise du Dr S_____ une pleine valeur probante. Il lui reproche notamment de s'être fondé pour l'essentiel sur les plaintes subjectives de l'assuré, ainsi que sur les avis exprimés par le médecin traitant et l'assistante sociale. Par ailleurs, l'intimé fait grief à l'expert judiciaire de ne pas s'être prononcé sur les traitements exigibles.
25. Sur la base de l'expertise judiciaire, le recourant maintient ses précédentes conclusions, par écriture du 26 juillet 2013.
26. 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^{er} janvier 2011, la Chambre

des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de refus de prestations, au point de lui ouvrir le droit à une rente.
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.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, il convient de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 p. 110 ss consid. 5).

5. En l'occurrence, se pose en premier lieu la question de savoir si l'état de santé actuel du recourant doit être comparé à celui au moment de la décision sur opposition du 8 avril 2005 de l'intimé ou à celui au moment de la décision du 20 mai 2009.

L'intimé n'étant pas entré en matière sur la demande de révision du recourant en 2009, il ne peut être considéré que celle-ci reposât sur un examen matériel. Partant, le point de départ constitue la situation lors de la décision sur opposition du 8 avril 2005.

6. 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).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).
8. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).
9. 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) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, 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^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré.

10. 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).

11. En l'occurrence, la demande de révision est étayée par le rapport du 16 septembre 2011 du Dr Q_____, qui a attesté que l'état de santé s'était modifié et que le recourant présentait maintenant des éléments psychotiques très importants avec des hallucinations auditives et visuelles, ainsi qu'une symptomatologie anxio-dépressive sérieuse, entraînant une incapacité de travail totale. Selon le rapport du 25 octobre 2011 du psychiatre traitant, le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, de déliriums et d'un trouble mixte des conduites et des émotions.

En mai 2012, le recourant est soumis à une expertise psychiatrique par le Dr R_____. Selon celui-ci, le recourant ne présente aucune maladie psychiatrique incapacitante, ni de limitations au plan psychique, mental ou social, de sorte que sa capacité de travail est totale. Le trouble anxieux et dépressif mixte constaté est sans répercussion sur la capacité de travail. Cette expertise est fondée sur un entretien de trois heures avec le recourant, ainsi qu'un entretien avec le psychiatre traitant. L'anamnèse est très détaillée.

Selon les explications données par le recourant au Dr R_____, il a commencé à souffrir des premiers problèmes psychiques en 1996, après l'arrêt des versements des indemnités journalières de la SUVA, suite à son accident. Lorsque son épouse rencontre, en 1997, un autre homme et le quitte, il souffre d'une profonde tristesse avec des pleurs en permanence, ainsi que d'angoisses, par moments, accompagnées de difficultés de respiration et d'incapacité à bouger avec l'impression d'être

étranglé par des djinns. Les moments d'angoisse reviennent de plus en plus régulièrement et le recourant se sent de plus en plus écrasé par les djinns. Lorsque son épouse se remet avec lui pendant un an et demi, le recourant constate une amélioration de la situation. Après la séparation définitive en 2001 et une brève rencontre avec une autre femme à Genève, le recourant demande de l'aide au Dr P_____, mais son état de santé continue de s'aggraver, dès lors qu'il souffre toujours de moments d'angoisses marqués par un sentiment de pression sur la poitrine. Parallèlement, selon le recourant, il perd tout intérêt, il ne voit plus d'amis, étant devenu « asocial ». Il continue à souffrir d'attaques de djinns, ce qui provoque de façon fluctuante, des moments d'angoisses et un mal-être avec un vide dans la tête. Néanmoins, il aime se rendre dans un café italien pour passer du temps à discuter avec des connaissances ou pour regarder des matchs de football qui le passionnent. Il se plaint par ailleurs de souffrir de problème de concentration à cause des vertiges et d'une perte d'équilibre s'accompagnant d'une diminution de l'attention avec des oublis fréquents depuis deux ou trois ans. Il se sent démoralisé, sans être irritable, ni impulsif. Quant à ses contacts sociaux, à part avec des connaissances au café, il téléphone une fois par semaine à sa fille. Le Dr R_____ n'objective cependant pas de troubles importants de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur, de signes importants de fatigue ni de manque d'énergie. Selon cet expert, l'humeur est légèrement déprimée à la base, avec des baisses d'humeur et des moments avec des larmes aux yeux, à l'évocation de ses problèmes, survenus suite à un accident en 1994. Les thèmes positifs abordés, tels que le football ou certaines émissions de télévision permettent d'alléger l'humeur et même de provoquer un sourire par moment. Le recourant ne présente pas d'idée suicidaire ni d'autres signes florides de la lignée dépressive en faveur du diagnostic d'une dépression majeure. Sur le plan anxieux, l'expert estime qu'il n'y a pas de signes d'angoisse persistante, s'accompagnant de symptômes neuro-végétatifs ou d'attente craintive en faveur de l'anxiété généralisée, ni d'attaque de panique, en faveur d'un trouble panique, ni phobie en faveur d'un trouble phobique. En ce qui concerne les djinns, l'expert constate que le recourant se montrait détendu sans signe de tension ou d'angoisse en les évoquant. Ces démons font partie des croyances culturellement reconnues en Turquie. L'expert les qualifie de phénomène éphémère au plan visuel et auditif, le recourant les décrivant comme des ombres et comme du vent. Il ne s'agit cependant pas d'une idée délirante dépassant le cadre culturel du pays d'origine du recourant.

L'expert judiciaire émet au contraire les diagnostics de trouble mixte de la personnalité, d'épisode dépressif moyen et d'autres troubles délirants persistants. Il relate pour l'essentiel les mêmes plaintes que celles mentionnées par le Dr R_____. Les observations cliniques divergent, en ce que l'expert judiciaire fait état de ce que le recourant présente une hygiène et une tenue vestimentaire négligée, alors même que le Dr R_____ constate qu'il est correctement habillé, de manière simple, et soignée de sa personne. Par ailleurs, au cours de l'expertise

judiciaire, le recourant pleurait beaucoup en parlant de ses expériences difficiles lors des arrestations policières qu'il a vécues en Turquie. Il paraissait également figé en évoquant ses souvenirs. Contrairement au Dr R_____, l'expert judiciaire constate par ailleurs les symptômes dépressifs suivants : mauvais sommeil, manque de motivation, grande fatigabilité, trouble de la concentration et de la mémoire, ainsi que difficultés à se relever et à organiser sa vie suite à la rupture avec sa femme. Quant à la vie sociale, le recourant a relaté avoir honte de vivre de l'aide sociale, avoir peu d'amis et être assez seul. Il allait régulièrement dans un café turc mais les autres clients l'évitaient, le prenant comme quelqu'un de fou. En désaccord avec le Dr R_____, l'expert judiciaire qualifie l'apparition des djinns, qui viendraient faire du mal au recourant pendant la nuit, comme hallucination visuelle et auditive, dès lors que le recourant les voit s'enfuir et les entend lorsqu'il se réveille. Aux dires du recourant, ces démons tenteraient de l'étrangler et abuseraient de lui durant son sommeil, il se sent harcelé et persécuté par ces êtres. L'expert judiciaire réfute ainsi l'appréciation du Dr R_____, selon laquelle ces djinns constituent un substitut affectif pour le recourant. L'expert judiciaire s'est en outre entretenu avec l'assistante sociale du recourant qui le connaît depuis juin 2010. Selon celle-ci, le recourant évolue de manière très isolée et est toujours angoissé. Il n'a qu'un seul ami. Il arrive à faire ses paiements, respecte son budget très serré, mais se fait aider par les assistantes sociales pour gérer ses rapports avec l'assurance-maladie. Il renvoie l'image d'un enfant, se dit plus ou moins déprimé et tombe parfois au bord des larmes. Il ne s'est jamais présenté de façon délirante. L'assistante sociale ne l'imagine pas pouvoir travailler et répondre aux exigences d'un employeur. Selon le psychiatre traitant, avec lequel l'expert judiciaire s'est également entretenu, le recourant présente un délire avéré. Même s'ils existent culturellement, les djinns sont des créatures que l'on ne voit pas, contrairement à ce qui se passe dans la vie du recourant. Par ailleurs, les études universitaires en faculté de droit seraient également une pure vue de l'esprit et relèveraient du délire, selon le Dr Q_____.

Quant aux observations objectives divergentes des Dr R_____ et S_____, elles peuvent s'expliquer par le fait que le trouble dépressif est fluctuant, ce qui a fait retenir au psychiatre traitant le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Ainsi, l'épisode dépressif n'était apparemment que d'une intensité légère lors de l'examen par le Dr R_____, sans que l'on puisse néanmoins en conclure qu'il n'est pas d'une intensité plus sévère à d'autres moments. Il est cependant à noter que les plaintes du recourant semblent bien correspondre à un épisode dépressif léger, F32, selon la CSM-10, le recourant évoquant une anhédonie, des troubles du sommeil et une humeur dépressive, constatée également par le Dr R_____. Au vu de l'anamnèse, il paraît plus convaincant de retenir avec l'expert judiciaire, un épisode dépressif unique devenu chronique, dans la mesure où il ne semble pas exister des périodes de totale rémission. Il convient par ailleurs de reconnaître que les symptômes constatés par le Dr S_____ correspondent à un épisode dépressif

majeur, étant précisé qu'en matière psychiatrique, il est normal de se fonder sur les données subjectives du patient, à moins qu'elles soient manifestement en contradiction avec les observations objectives. Les troubles anxieux sont admis par les deux experts, même si le diagnostic et leur répercussion sur la capacité de travail diffèrent. Ils sont confirmés par l'assistante sociale qui a précisé que le recourant était toujours angoissé. Quant au trouble délirant persistant retenu par l'expert judiciaire, le Dr R_____ ne met pas en doute le harcèlement par les djinns ressenti par le recourant, phénomène qui persiste depuis plus de dix ans. Il a par ailleurs fait état dans son expertise du caractère extrêmement angoissant de ce phénomène (p. 15 de son expertise) avant de considérer que le recourant abordait ce sujet spontanément de façon détendue, sans symptômes de tension ou d'angoisse ni d'autre signe objectivable en faveur d'un symptôme psychotique. Cela étant, en ce que cet expert retient qu'il ne s'agit pas d'une idée délirante dépassant le cadre culturel du pays d'origine du recourant, sa conclusion ne paraît pas convaincante. En effet, comme le Dr Q_____ l'a relevé lors de l'entretien avec l'expert judiciaire, ces croyances dans la culture turque n'impliquent en aucun cas que ces créatures se voient, contrairement à ce qui se passe dans l'esprit de l'expertisé.

Selon l'expert judiciaire, il y a également un trouble de la personnalité, le recourant présentant un dysfonctionnement relationnel et professionnel depuis la fin de sa scolarité. A cet égard, il fait notamment état que le recourant rapporte avoir fait des études de droit, sans avoir le niveau intellectuel pour une telle formation. Il a estimé également que le caractère anxieux de la symptomatologie psychique du recourant est trop intense et profondément enraciné pour que l'on puisse le mettre sur le compte d'un trouble anxieux et dépressif mixte et que cette symptomatologie est mieux traduite par un trouble de la personnalité. Cependant, selon le Dr R_____, l'anamnèse ne permet pas de retenir une perturbation sévère de la constitution caractérologique persistant depuis l'adolescence ou l'âge de jeune adulte ni la survenue d'une grave déviation des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui depuis son accident en 1994. De l'avis de la Cour, l'explication du Dr S_____ concernant le diagnostic de trouble mixte de la personnalité est un peu courte et un tel trouble ne peut effectivement pas être déduit sans autre de l'anamnèse, étant rappelé qu'un trouble de la personnalité se présente généralement depuis l'adolescence. Il n'en demeure pas moins que le recourant présente des symptômes manifestes d'angoisse, notamment lorsqu'il se sent harcelé par les djinns. Le caractère angoissé de celui-ci est également confirmé par l'assistante sociale.

Compte tenu des symptômes présentés par le recourant, notamment les troubles délirants persistants, l'épisode dépressif chronique, quoique fluctuant, et l'anxiété, la Cour estime convaincante la conclusion de l'expert judiciaire, à savoir que le recourant est complètement incapable de travailler. A cet égard, il ne saurait être retenu que les plaintes du recourant ne seraient pas crédibles, dans la mesure où elles n'ont pas varié selon les différents psychiatres consultés. L'impression se

dégage en fait de l'expertise du Dr R_____ que celui-ci a systématiquement essayé de nier ou du moins minimiser les plaintes du recourant, sans néanmoins mettre en doute leur authenticité.

Quant aux critiques de l'intimé concernant l'expertise judiciaire, il est inexact que celle-ci est uniquement fondée sur les plaintes subjectives. En effet, l'expert judiciaire constate que le recourant avait une hygiène et une tenue vestimentaire négligée. Lorsqu'il parle des djinns et des abus qu'il subirait, il change de voix et se met à chuchoter. Le discours est marqué par beaucoup de tristesse et d'apathie et le langage est immature et plaintif. Il a par ailleurs pleuré en parlant de ses expériences difficiles lors des arrestations policières en Turquie et paraît figé en évoquant ses souvenirs. Il convient aussi de relever que l'appréciation de l'expert judiciaire se recoupe avec les observations de l'assistante sociale et du médecin traitant. Il ne saurait non plus être reproché à l'expert de ne pas s'être prononcé sur les traitements exigibles, aucune question n'ayant été posée à ce sujet, ni même par l'intimé, alors qu'il avait été expressément invité par la Cour à compléter les questions. Cela ne paraissait en tout état de cause pas nécessaire, dans la mesure où le Dr Q_____ avait précisé auparavant que le recourant avait refusé une augmentation ou un changement de traitement et notamment la prise de neuroleptiques. Il ne peut être considéré pour autant qu'il s'agisse d'un indice pour un manque de sévérité des pathologies, les personnes souffrant d'un délire étant souvent dans le déni.

12. Se pose encore la question de savoir à partir de quand l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de le rendre incapable de travailler.

Lors de l'examen pluridisciplinaire du SMR en novembre 2002, aucun trouble dépressif ou anxieux impliquant une incapacité de travail n'a été mis en évidence, à l'exception de traits narcissiques de la personnalité sans rôle prépondérant en terme d'aptitude au travail.

Dans son rapport du 22 février 2005, le Dr P_____ a considéré que l'assuré pourrait exercer une autre activité en tant que manœuvre sans port de charges et qu'il ne fallait pas s'attendre à une diminution de rendement. Ce n'est que dans son rapport du 5 novembre 2008 que le Dr P_____ a indiqué que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail. A ce moment, il a mentionné que les restrictions dans une activité lucrative se manifestaient par une étrangeté, bizarrerie et maniérisme.

Ce n'est qu'en septembre 2011 que le Dr Q_____ a attesté d'une incapacité de travail totale, en raison d'éléments psychotiques très importants avec des hallucinations auditives et visuelles, ainsi qu'une symptomatologie anxio-dépressive sérieuse. Le 25 octobre 2011, le Dr Q_____ a posé le diagnostic de

trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique, de délirium et d'un trouble mixte des conduites et des émotions.

Quant à l'expert judiciaire, l'état de santé du recourant s'est progressivement aggravé dès 2003, sans qu'il soit possible de définir la progression ou les éventuelles fluctuations au fil du temps a posteriori.

Au vu des rapports et expertise précités, il convient de constater qu'il y a effectivement une aggravation attestée par les médecins depuis la décision du 8 avril 2005.

En ce qui concerne le début de l'incapacité de travail, le Dr Q_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} janvier 2010. Une aggravation progressive des troubles psychiques étant constatée par l'expert judiciaire depuis 2003, cela paraît convaincant au degré de la vraisemblance prépondérante.

13. L'incapacité de travail étant totale, il convient d'octroyer au recourant une rente entière.

En janvier 2011, l'incapacité de travail totale du recourant a duré depuis une année. Toutefois, le recourant n'ayant déposé une nouvelle demande de prestations qu'en mai 2011, le droit à la rente naît seulement six mois après celle-ci, à savoir en novembre 2011, conformément aux dispositions légales précitées.

14. Cela étant, le recours sera admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} novembre 2011.
15. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
16. L'intimé qui succombe sera par ailleurs condamné à un émolument de justice de 200 fr.

**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 25 septembre 2012.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} novembre 2011.
5. Condamne l'intimé à payer au recourant une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. 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