

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3311/2014

ATAS/200/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 mars 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry
STICHER

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1985, de nationalité guinéenne, est arrivé à Genève le 7 mai 2001 comme requérant d'asile. À partir de la fin de l'année 2004, il a travaillé en qualité d'aide de cuisine pour le Café C_____. Il a été en incapacité de travail à 100% dès le 30 mars 2010, puis à 50% à partir du 13 août 2010.
2. Le 17 mars 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI).
3. L'OAI a mandaté le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport d'expertise le 26 novembre 2011. Après avoir ausculté l'assuré, étudié le dossier médico-asséculo-logique et s'être entretenu avec le docteur E_____, médecin traitant de l'assuré et spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie, l'expert n'a retenu aucun diagnostic. Il n'y avait, selon lui, notamment pas de trouble de la personnalité, ni d'état de stress post-traumatique. L'exigibilité médicale était donc entière dans toute activité et sans diminution de rendement. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient néanmoins envisageables, au vu des ressources psychiques largement préservées.
4. Par décision du 27 février 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à toute prestation, motif pris qu'il présentait une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle, sans aucune limitation fonctionnelle.
5. Statuant sur un recours de l'assuré, la chambre de céans a rendu un arrêt le 5 juin 2012, aux termes duquel elle a confirmé la décision du 27 février 2012 (ATAS/767/2012). S'agissant de l'aspect rhumatologique, elle a relevé que tant le médecin traitant que l'experte concluaient que les affections physiques ne justifiaient pas, à elles seules, une incapacité de travail dans l'activité habituelle. Sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du 26 novembre 2011 revêtait une pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Enfin, le rapport du Dr E_____ du 22 mars 2012 portait sur une période postérieure à la décision attaquée.
6. En date du 21 mars 2014, l'assuré a demandé à l'OAI la « révision de son dossier », expliquant que son état de santé s'était détérioré et qu'il se trouvait en incapacité totale de travail depuis le 19 juillet 2013.
7. Dans ce cadre, l'OAI a sollicité le dossier de l'assureur maladie perte de gain, lequel lui a notamment communiqué un rapport d'expertise du 15 novembre 2013 du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, un rapport d'expertise du 29 novembre 2013 du docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et un courrier par lequel l'assureur perte de gain indiquait à l'assuré que plus aucune prestation ne lui serait allouée au-delà du 1^{er} juillet 2014.

8. Dans un avis du 7 avril 2014, la doctoresse H_____, médecin auprès du SMR, a conclu à l'absence de modification durable et manifeste de l'état de santé de l'assuré.
9. Par projet de décision du 17 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de révision, son état de santé n'étant pas incapacitant.
10. Dans un rapport du 26 juin 2014, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame J_____, psychologue, praticiens auprès de l'Association Appartenances, ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'anxiété généralisée (F41.1), et d'état de stress post-traumatique (F43.1), troubles ayant des effets sur la capacité de travail et présents dès le début de la prise en charge le 21 novembre 2013.
11. Le 23 septembre 2014, la Dresse H_____ a estimé que la situation était stationnaire et que les nouveaux rapports produits, soit celui du Dr E_____ et celui du Dr I_____ et de Mme J_____, proposaient une interprétation différente d'une même situation et ne rendaient pas plausible la présence d'une aggravation grave et durablement incapacitante. L'assuré présentait un syndrome douloureux chronique sans substrat organique, associé à un état dépressif léger qui devait être considéré comme partie intégrante du trouble somatoforme. Elle a également relevé que l'assuré était capable de s'occuper de ses enfants et que la psychologue considérait qu'une activité à 50% était possible, ce qui suggérait qu'il disposait encore de ressources mobilisables. Enfin, un problème d'acculturation étranger au ressort médical participait vraisemblablement à la situation. Partant, ses conclusions du 7 avril 2014 demeuraient valables.
12. Par décision du 30 septembre 2014, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible la présence d'une atteinte grave et durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité.
13. L'assuré a interjeté recours le 30 octobre 2014 contre ladite décision. Il a transmis à la chambre de céans, notamment, un rapport du Dr I_____ et de Mme J_____ daté du 27 novembre 2014.

Était diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). Les spécialistes ont également retenu l'existence d'un état de stress post-traumatique, expliquant que la passation du « questionnaire d'impact de l'événement » avait dû être interrompue après 6 questions (sur 22), car celles-ci étaient trop pénibles et l'assuré ressentait une vive douleur au niveau du cœur. Les premiers scores et l'intensité des symptômes étaient très élevés, ce qui présuait d'un score final lui aussi très élevé. Les rédacteurs du rapport ont ajouté que l'assuré avait vécu des événements catastrophiques et traumatiques qui étaient, selon la classification internationale CIM-10, hors du commun et provoqueraient des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.

14. Dans sa réponse du 7 janvier 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a soutenu que l'expertise du Dr F_____ démontrait que le trouble somatoforme douloureux, évoqué par l'expert rhumatologue, ne pouvait pas être considéré comme invalidant.

L'OAI s'est en outre référé à la nouvelle appréciation du SMR, émise le 5 janvier 2015 par les docteurs K_____ et H_____. Selon ces derniers, le rapport du Dr I_____ semblait indiquer que l'état de santé évoluait plutôt favorablement suite à l'introduction d'un traitement antidépresseur, de sorte qu'il n'y avait pas d'élément en faveur d'une aggravation depuis l'expertise de novembre 2013. Concernant le diagnostic de stress post-traumatique, ils ont rappelé que celui-ci avait clairement été écarté en 2011 par le Dr D_____ et que les termes de « clivage » et de « forclusion » appartenaient à la terminologie psychanalytique et étaient utilisés pour décrire des mécanismes de défense. En outre, aucun fait marquant n'était survenu au moment de l'activité au Café C_____ pouvant déclencher et réactiver un état de stress post-traumatique. Partant, les nouvelles pièces médicales ne permettaient pas de modifier les conclusions du SMR des 7 avril et 23 septembre 2014.

15. Le 1^{er} juin 2015, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire et leur a communiqué le nom des experts, soit les Drs L_____, rhumatologue, et M_____, psychiatre, ainsi que les questions qu'elle entendait leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
16. Par courrier du 3 juin 2015, l'OAI s'est opposé à ce que le Dr M_____ soit désigné comme expert, au motif notamment que « les délais de restitution sont relativement long et contreviennent au principe de célérité ».
17. L'assuré a quant à lui indiqué, le 10 juin 2015, accepter le choix des deux experts proposés.
18. Par arrêt incident du 18 août 2015, entré en force de chose jugée, la chambre de céans a rejeté la demande de récusation.
19. Invité à se déterminer quant à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, l'OAI s'en est rapporté à justice le 4 novembre 2015. Il s'est par ailleurs opposé à la mise en place de nouvelles expertises, dans la mesure où figurent déjà au dossier, les expertises des Drs G_____ et F_____ des 29 novembre 2013 et 15 novembre 2013, qui revêtent toutes deux valeur probante, ainsi que les avis du SMR des 7 avril et 23 septembre 2014.
20. Le 13 janvier 2016, la chambre de céans a ordonné une expertise rhumatologique et psychiatrique de l'assuré et a commis à ces fins les Drs L_____ et M_____.

Elle a considéré que le rapport du Dr F_____ n'avait pas valeur probante et constaté que les conclusions du Dr G_____ n'emportaient pas sa conviction, qu'en revanche les rapports établis par le Dr I_____ et Mme J_____ l'avaient été en

pleine connaissance du dossier, sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, et que leurs conclusions, dûment motivées, permettraient de retenir que la situation de l'assuré s'était aggravée depuis la décision du 27 février 2012, étant rappelé qu'aucun trouble psychique n'avait alors été diagnostiqué.

21. Le Dr L_____ a réalisé l'expertise rhumatologique le 14 avril 2016 et a rédigé un rapport le 2 août 2016. Il a retenu à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail des lombalgies chroniques sur une discopathie L5-S1 et des troubles de la posture présents depuis 2011, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, avec un point d'interrogation entre parenthèses, un syndrome douloureux somatoforme présent depuis 2011 et un diabète insulino-dépendant depuis 2005. Il a indiqué qu'en raison de l'absence des points douloureux à l'examen clinique, il considérait que l'assuré ne souffrait pas de fibromyalgie. Selon lui, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail comme garçon d'office est nulle dès juillet 2013, et cela de façon définitive. Le diagnostic de lombalgies chroniques empêche en effet tous les efforts en position statique, debout et avec des mouvements répétés du rachis. Le fait que l'assuré présente un diabète insulino-dépendant mal équilibré exige un emploi avec des horaires réguliers diurnes afin d'éviter les hypoglycémies. Dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de dix kilos, pas de position statique debout, pas de mouvements répétés du rachis, un horaire de travail régulier et diurne avec la possibilité de faire à heures fixes des pauses pour se sustenter, ne pas devoir monter sur des échelles ou des échafaudages en raison de risque de chutes liées aux hypoglycémies et ne pas devoir marcher sur un sol non plat), la capacité de travail est en revanche de 100% dès juillet 2013.

Le Dr L_____ a par ailleurs ajouté, s'agissant des questions en consilium, qu'il laissait le Tribunal se référer aux réponses portées sur l'expertise du Dr M_____.

22. Par courrier du 3 avril 2017 adressé au Dr M_____, la chambre de céans a déploré la passivité et la négligence dont celui-ci avait fait preuve dans ce dossier, relevant qu'il n'avait même pas jugé utile de répondre à ses courriers de rappel des 29 août et 19 décembre 2016, et lui a retiré son mandat d'expertise.
23. Le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a accepté de mener à bien le volet psychiatrique de l'expertise. Les parties en ont été informées le 10 mai 2017.
24. Par ordonnance du 19 juin 2017, la chambre de céans lui a confié l'expertise psychiatrique.
25. Le 8 janvier 2018, le Dr L_____ a, sur demande de la chambre de céans du 20 septembre 2017, revu l'assuré et établi un complément d'expertise afin de pouvoir rendre des conclusions communes avec le Dr N_____.

Il a confirmé les diagnostics mentionnés dans son rapport du 2 août 2016, ainsi que les conclusions, ajoutant que le problème était essentiellement psychiatrique.

26. Le Dr N_____ a fait parvenir à la chambre de céans son rapport d'expertise le 17 janvier 2018. Il a posé les diagnostics suivants, par ordre décroissant de gravité fonctionnelle :

- trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques F23.0 ; trouble diagnostiqué en mai 2017, sévère, mais actuellement au décours
- épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11, affection de gravité moyenne, documenté depuis novembre 2013, présent depuis lors sans interruption, même s'il y a eu des variations d'intensité
- syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, également documenté depuis novembre 2013 ; gravité modérée quoique difficile à apprécier médicalement, la douleur étant par définition un phénomène purement subjectif, ajoutant que « la survenue d'un épisode psychotique aigu récent pose la question d'une éventuelle évolution vers un trouble psychotique plus durable, de type schizophrénique, dont les manifestations actuelles d'allure dépressive feraient partie et seraient assimilables à des symptômes «négatifs» de la schizophrénie ».

Il n'a en revanche pas retenu le diagnostic d'état de stress post traumatique.

S'agissant de déterminer quelle avait été l'évolution de l'état de santé depuis février 2012, il a précisé que le changement était intervenu en novembre 2013.

Il a répondu comme suit aux questions relatives aux indicateurs juridiques en cas de trouble somatoforme douloureux :

« - le trouble s'inscrit-il dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux? Oui, cf. supra, Diagnostic.

- quelle est la gravité des atteintes ? Le degré permettant de poser le diagnostic est-il juste atteint, dépassé ou largement dépassé?

Le diagnostic peut être considéré comme clairement établi.

- quelles sont les répercussions fonctionnelles sur l'ensemble des aspects de la vie quotidienne et du travail?

Les douleurs somatoformes concourent aux limitations fonctionnelles dues aux autres atteintes psychiatriques, notamment le trouble dépressif, qu'elles tendent à renforcer/entretenir.

- de quelle manière le trouble et les répercussions fonctionnelles évoluent-ils en termes de gravité? Le trouble somatoforme, comme c'est d'ailleurs le cas la plupart du temps, est en bonne voie de chronicisation (stabilisation des plaintes).

- l'expertisé bénéficie-t-il d'un traitement approprié en fonction de l'état des connaissances médicales ? Quel est le succès de ce traitement ? La compliance est-elle bonne?

Le traitement est approprié. Le succès, s'agissant du trouble somatoforme douloureux, est très limité comme c'est souvent le cas avec cette affection. La compliance paraît bonne.

- *Quel est le pronostic?*

La chronicisation paraît devoir s'installer durablement.

- *Existe-t-il une comorbidité psychiatrique?*

Oui, sévère depuis mai 2017, en régression depuis l'été 2017.

- *Quelle est la structure de la personnalité de l'expertisé et les éventuels troubles de la personnalité?*

Cf. supra, Discussion, diagnostic, et indicateurs juridiques.

- *Décèle-t-on des circonstances indiquant une exagération de la part de l'expertisé? Cas échéant, lesquelles? Une éventuelle exagération est-elle à mettre en lien avec une incapacité de l'expertisé à reconnaître sa maladie?*

Il n'y a pas d'indices en faveur d'une exagération.

- *le comportement de l'expertisé est-il globalement cohérent? En particulier, sa demande en termes de thérapies et sa coopération est-elle en adéquation avec l'étendue des souffrances?*

Oui aux deux questions.

- *d'une manière globale, l'expertisé dispose-t-il de ressources suffisantes pour surmonter son affection? Veuillez expliquer et motiver votre réponse.*

Il dispose de certaines ressources personnelles significatives (cf. Indicateurs juridiques notamment), mais les troubles psychiques survenus sont sérieux. Les ressources sociales sont plutôt pauvres ».

Le Dr N_____ a considéré que l'incapacité de travail était totale en raison de l'état psychique à l'heure actuelle et pour au moins six à douze mois dans l'activité habituelle, et précise qu'il n'y a pas d'activité qui serait plus indiquée du point de vue psychiatrique (activité adaptée). Si l'amélioration espérée de l'état psychique se produit, une capacité de travail de 50% est envisageable dans un délai de six à douze mois dans une activité adaptée à l'état somatique. Entre novembre 2013 et avril 2017, la capacité de travail est de 50% dans toute activité, étant précisé que « nous ne pouvons pas attester d'incapacité de travail pour motif psychiatrique avant novembre 2013 ».

Invité à se déterminer, l'OAI, le 15 février 2018, s'est fondé sur l'avis du SMR du 6 février 2018, et a admis une incapacité de travail totale dès avril 2017. Pour la période antérieure, concernée par la procédure, il indique en revanche qu'il ne peut rejoindre les conclusions de l'expertise du Dr N_____. En effet, une expertise avait été réalisée en son temps par le Dr F_____, le 15 novembre 2013, qui retenait un diagnostic de trouble dépressif léger, diagnostic confirmé par le Dr

D_____. L'OAI reproche au Dr N_____ de n'avoir pas expliqué pour quels motifs le diagnostic posé à l'époque devrait être écarté et relève à cet égard qu'a priori, l'état de santé remontant à trois ans, il ne peut plus qu'être décrit subjectivement, sur la base des déclarations de la personne expertisée. Aussi l'OAI considère-t-il qu'aucun indice ne permet de mettre en lumière des éléments objectifs sur la base desquels l'expert actuel se serait fondé pour poser valablement un diagnostic différent de celui retenu à l'époque par les experts.

27. L'assuré s'est également déterminé le 14 mars 2018.

Il demande, préalablement, à ce que les experts soient interrogés sur la capacité de rendement dans sa capacité de travail de 50% et sur ses capacités d'apprentissage et d'adaptation à une activité adaptée, à ce qu'il soit mis sur pied une mesure d'observation professionnelle afin de déterminer l'existence éventuelle d'une activité adaptée et, le cas échéant, le revenu susceptible d'être ainsi procuré, et, principalement, à ce que la décision du 30 septembre 2014 soit annulée, et à ce que le droit à une rente entière dès le 14 mars 2014 lui soit reconnu.

28. Le Dr N_____ a répondu le 4 septembre 2018 aux questions complémentaires à lui posées par la chambre de céans.

Il a rappelé qu'il avait « retenu un taux de capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (aux limitations physiques) pour la période allant de novembre 2013 (début des troubles psychiques dûment documentés) à avril 2017 (début des troubles psychotiques justifiant l'incapacité totale toujours en vigueur au moment de notre examen). Ce taux d'incapacité intègre une certaine baisse de rendement ».

À la question de savoir, pour quel motif il s'était écarté du diagnostic d'épisode dépressif léger retenu par l'expertise F_____ de novembre 2013, il a précisé que « l'expertise du Dr F_____ s'est basée uniquement sur le premier critère de gravité (nombre symptômes), sans accorder une valeur particulière aux signes objectifs. Et elle n'a pas exploré la présence éventuelle du syndrome somatique. Pour ces raisons et notamment l'évolution constatée dans les mois et années qui ont suivi l'examen du Dr F_____, nous avons estimé raisonnable de juger que sur la durée, entre 2013 et 2017, la dépression avait été de gravité moyenne et avait déterminé une incapacité de travail de 50% pendant ce laps de temps », et que « cette estimation se situait à mi-chemin de celle du Dr F_____ (dépression légère, capacité de travail totale) et de celle du Dr I_____ (dépression sévère puis moyenne, incapacité totale). Il nous a semblé que l'appréciation du Dr F_____ sous-estimait la gravité de la dépression et que celle du Dr I_____ la surestimait plutôt. S'agissant de l'évaluation du Dr F_____, nous notions que ce dernier avait relevé non seulement des symptômes (subjectifs), mais aussi des signes dépressifs objectifs notables. L'expertisé était en effet décrit comme « une personne fatiguée, défaite, avec une légère émotivité et la larme à l'œil ». Il est plutôt rare qu'une dépression légère soit accompagnée de signes objectifs aussi patents. Nous en avons conclu qu'il était vraisemblable que déjà au moment de l'examen du Dr

F_____ la dépression était d'une certaine gravité et sur le chemin de s'aggraver, comme cela sera attesté en 2014 par les descriptions données par Mme O_____ et par le Dr I_____ ».

29. Le 11 octobre 2018, l'OAI a déclaré se rallier aux conclusions de l'avis du SMR du 1^{er} octobre 2018, selon lequel

« L'expert explique qu'il a pris en considération dans la capacité de travail à 50% la diminution de rendement. L'expert explique qu'au vu du status décrit par le Dr F_____ et des signes objectifs constatés par celui-ci, il y a lieu de retenir un épisode dépressif moyen. Il retient donc une capacité de travail de 50% dans ce cadre de novembre 2013 à avril 2017. Il sied cependant de rappeler qu'entre novembre 2014 et avril 2017, la symptomatologie n'est pas documentée, l'assuré n'ayant pas eu de suivi psychiatrique durant cette période. Au vu de ce qui précède, on peut se rallier partiellement aux conclusions du Dr N_____ et reconnaître une capacité de travail de 50% de novembre 2013 à novembre 2014, mais en l'absence de document attestant d'une atteinte psychiatrique versé au dossier au-delà de novembre 2014, on ne peut reconnaître d'incapacité de travail entre novembre 2014 et avril 2017, moment où l'assuré a présenté sa décompensation psychotique aigue. En l'absence de consultation psychiatrique entre fin novembre 2014 et avril 2017, il est vraisemblable que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré. Par ailleurs, il y a lieu de rappeler que le Dr N_____ a indiqué que l'assuré pouvait retrouver une capacité de travail de 50% dans les 6 à 12 mois après son évaluation soit en juillet 2018, voire au plus tard en janvier 2019 ».

30. L'assuré a quant à lui, par courrier du 15 octobre 2018, maintenu ses conclusions.

Son mandataire relève, s'agissant du pronostic favorable envisagé par le Dr N_____ dans son expertise du 17 janvier 2018, qu'il s'est avéré erroné. L'assuré a en effet dû être hospitalisé à Belle-Idée dès le 21 septembre 2018 à la suite d'une décompensation.

Il indique que le Dr P_____, qui suit l'assuré aux HUG, lui a promis un rapport qu'il n'a toutefois pas encore reçu. Il sollicite ainsi l'octroi d'un délai complémentaire pour produire ledit rapport sur la situation actuelle « si vous deviez estimer que cela est pertinent ». Il considère enfin que cette nouvelle hospitalisation démontre non seulement que le pronostic favorable de l'expert était trop optimiste, mais également qu'il convient de tenir compte d'une diminution de rendement et d'un abattement sur le salaire statistique.

31. Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de l'assuré, respectivement sa capacité de gain, s'est modifié dans une mesure influençant ses droits, et ce depuis la décision initiale de l'OAI du 27 février 2012.

2. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont préalablement été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 19 juin 2017. Il suffit de s'y référer.
3. Les dispositions légales applicables et la jurisprudence y relative ont également déjà été exposées dans l'ordonnance d'expertise. La chambre de céans se bornera dès lors à rappeler que selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 520/05 du 28 décembre 2006 et I 554/06 du 21 août 2006). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Il convient également d'ajouter que 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).
4. Dans le cas d'espèce, la question litigieuse doit désormais être tranchée à la lumière de l'expertise judiciaire, ordonnée par la chambre de céans le 19 juin 2017 au motif essentiellement que les rapports du Dr F_____ du 15 novembre 2013 et du Dr G_____ du 29 novembre 2013 n'avaient pas valeur probante, alors que ceux du Dr I_____ et de Mme J_____ permettaient de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 27 février 2012. La chambre de céans avait

par ailleurs constaté que, sur le plan somatique, une IRM réalisée en avril 2012 révélait une discopathie L5-S1, dont la relation avec les lombalgies chroniques, tout comme les éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions sur la capacité de travail, n'avaient pas été examinées à satisfaction (ATAS/493/2017).

5. La chambre de céans a nommé les Drs L_____ et N_____ aux fins de procéder à une expertise bidisciplinaire – rhumatologique et psychiatrique.

Il convient préalablement de constater que les rapports des médecins précités, datés des 2 août 2016 et 17 janvier 2018 remplissent sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Ils contiennent chacun un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de l'assuré, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et les conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

6. a. Sur le fond, le Dr L_____ a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur une discopathie L5-S1 et des troubles de la posture présents depuis 2011, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme présent depuis 2011 et un diabète insulino-dépendant depuis 2005. À noter qu'il a ajouté un point d'interrogation après « diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ». Selon lui, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail comme garçon d'office est nulle dès juillet 2013, et cela de façon définitive. Dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de dix kilos, pas de position statique debout, pas de mouvements répétés du rachis, un horaire de travail régulier et diurne avec la possibilité de faire à heures fixes des pauses pour se sustenter, ne pas devoir monter sur des échelles ou des échafaudages en raison de risque de chutes liées aux hypoglycémies et ne pas devoir marcher sur un sol non plat), la capacité de travail est en revanche de 100% dès juillet 2013.

Le Dr N_____ a considéré qu'avant novembre 2013, les éventuels troubles psychiques n'étaient pas suffisamment documentés pour être retenus de manière fiable.

Il y a donc lieu d'admettre que l'assuré présente jusqu'à novembre 2013 une capacité de travail de 100% dans toute activité.

b. Le Dr N_____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de trouble somatoforme douloureux depuis novembre 2013, et a limité la capacité de travail à 50%, jusqu'en avril 2017. La chambre de céans constate que le SMR partage les conclusions de l'expert pour la période s'étendant de novembre 2013 à novembre 2014, de sorte qu'il y a sans autre lieu de conclure à une capacité de travail de 50%.

c. L'OAI considère en revanche que de novembre 2014 à avril 2017, aucune incapacité de travail ne peut être mise en évidence, dès lors que l'assuré n'a consulté durant cette période aucun médecin psychiatre, de sorte qu'il est vraisemblable que son état de santé se soit amélioré.

L'OAI rappelle qu'une expertise avait été réalisée en son temps par le Dr F_____, le 15 novembre 2013, qui retenait un diagnostic de trouble dépressif léger, diagnostic confirmé par le Dr D_____. L'OAI considère qu'on ne peut, plus de trois ans après la date des faits déterminants, établir qu'un diagnostic subjectif. Aussi en conclut-il que le rapport du Dr N_____ n'a pas valeur probante, puisqu'aucun indice ne permet de mettre en lumière des éléments objectifs sur la base desquels l'expert actuel se serait fondé pour poser valablement un diagnostic différent de celui retenu à l'époque par les experts.

Le Dr N_____ a toutefois évalué la capacité de travail à 50% de novembre 2013 à avril 2017. Il s'est fondé sur deux diagnostics :

« - épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11, affection de gravité moyenne, documenté depuis novembre 2013, présent depuis lors sans interruption, même s'il y a eu des variations d'intensité

- syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, également documenté depuis novembre 2013 ; gravité modérée quoique difficile à apprécier médicalement, la douleur étant par définition un phénomène purement subjectif ».

Selon lui, « il existe chez l'expertisé depuis novembre 2013 un syndrome dépressif dont l'intensité a varié au cours du temps (qualifié tantôt de léger, de moyen ou de sévère) mais qui est resté cliniquement significatif depuis novembre 2013 sans rémission complète. Il est encore présent à l'heure actuelle (épisode dépressif moyen avec syndrome somatique) ».

Dans son complément du 4 septembre 2018, il a précisé que cette capacité de travail de 50% dans une activité adaptée intégrait une certaine baisse de rendement. Il a également expliqué pour quel motif il s'était écarté du diagnostic d'épisode dépressif léger retenu par le Dr F_____ en novembre 2013 et confirmé que la dépression avait été de gravité moyenne entre 2013 et 2017, ce qui justifiait une incapacité de travail de 50%.

Il se justifie, au vu de ce qui précède, de retenir, pour cette période également, une capacité de travail de 50%.

d. S'agissant de la période à compter d'avril 2017, le Dr N_____ ajoute le diagnostic d'épisodes psychotiques aigus, et fixe, dès lors, une incapacité de travail complète dans toutes les activités. Le SMR reconnaît que l'assuré a alors présenté une décompensation psychotique aigue. Il est vrai qu'il n'indique pas de taux quant à la capacité de travail, se bornant à déclarer qu'on ne peut reconnaître d'incapacité de travail avant avril 2017. Il apparaît toutefois vraisemblable que s'il admet le diagnostic posé par le Dr N_____, il ne conteste pas le taux d'incapacité de travail de 100% retenu par celui-ci.

Le Dr N_____ a envisagé que l'assuré pourrait retrouver une capacité de travail de 50% dans les six à douze mois après son évaluation, soit en juillet 2018, au plus tard en janvier 2019. Or, l'assuré a présenté une nouvelle décompensation

psychotique nécessitant une hospitalisation à Belle-Idée le 21 septembre 2018. Il s'avère ainsi que le pronostic favorable émis par le Dr N_____ ne s'est vraisemblablement pas confirmé.

Aucun rapport n'a pu être en l'état produit. L'OAI n'a quoi qu'il en soit pas pu se déterminer sur l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du Dr N_____ et son complément du 4 septembre 2018.

Il se justifie en conséquence de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur la capacité de travail de l'assuré au-delà de septembre 2018.

7. Il convient ainsi de considérer que l'expertise des Drs L_____ et N_____ des 2 août 2016, 17 janvier 2018 et 4 septembre 2018 a, sur le fond également, pleine valeur probante, et, partant, d'en suivre les conclusions et de constater que la capacité de travail de l'assuré est de 100% jusqu'à novembre 2013, de 50%, diminution de rendement y compris, de novembre 2013 à avril 2017. Aussi la décision de l'OAI, en tant qu'elle rejette la demande de révision du 21 mars 2014 doit-elle être annulée, le recours admis, et la cause renvoyée à l'OAI pour calcul des prestations dues jusqu'à septembre 2018 et nouvelle décision, et pour instruction complémentaire quant à l'état de santé de l'assuré et à sa capacité de travail au-delà de cette date.
8. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA-GE - E 5 10 et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RFPA - E 5 10.03).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OAI du 30 septembre 2014.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour calcul des prestations dues jusqu'à septembre 2018 et nouvelle décision, et pour instruction complémentaire quant à l'état de santé de l'assuré et à sa capacité de travail au-delà de cette date.
4. Condamne l'OAI à verser à l'assuré une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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