

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/344/2015

ATAS/335/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 avril 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec Recourant
élection de domicile en l'étude de Maître Éric MAUGUÉ

contre

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

Intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente, Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs.**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né B_____ A_____ en 1968, a travaillé en tant qu'animateur-programmateur auprès de la Société suisse de C_____ (C_____) jusqu'au 31 août 2003, avant de percevoir des indemnités de chômage et de bénéficier de mesures cantonales jusqu'au 15 janvier 2006.
2. Le 3 mars 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
3. Dans un rapport du 1er mai 2006, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué chez l'assuré une personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31) existant depuis l'âge de quinze ou seize ans, ainsi qu'un épisode dépressif moyen (F 32.1). L'incapacité de travail était totale.

L'assuré souffrait de périodes de décompensation plus ou moins durables de sa personnalité borderline avec divers symptômes. Il avait notamment développé un délire sensitif de relation (F 22.0) pendant presque deux ans lors de son licenciement de la C_____, nécessitant un traitement aux neuroleptiques. Lors de la séparation d'avec son amie, il avait ressenti des douleurs somatoformes (F 45.4), lesquelles avaient disparu. Des épisodes dépressifs légers, voire moyens (F 32.0 ou 32.1), pouvaient également survenir en raison d'autres événements traumatisants. La symptomatologie la plus permanente, qui représentait son mode de fonctionnement actuel, était le trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) avec des crises de panique et une anxiété généralisée (F 41.1). Le médecin a décrit le parcours de l'assuré, ce dernier s'étant très tôt passionné pour la musique et ayant vécu à l'écart des autres. Son emploi à la C_____ était survenu durant une des périodes les plus stables de sa vie. Le Dr D_____ a conclu que la fragilité de sa structure psychologique lui permettait de vivre des moments d'excitation et de déception d'une intensité extrême. L'idée de suicide était permanente. La perspective de réadaptation au travail n'était pas envisageable.

4. La doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin auprès du service médical régional de l'AI (SMR), a procédé à l'examen de l'assuré le 5 décembre 2007. Dans son rapport du 14 janvier 2008, elle a établi son anamnèse. Au plan professionnel, l'assuré n'avait plus d'activité lucrative depuis novembre 2002 mais faisait de la musique et produisait quelques disques de rock. Elle a relaté que l'assuré décrivait des difficultés relationnelles, des sentiments de persécution, de stigmatisation, d'abandon et de rejet par son entourage. Il disait avoir subi du mobbing. Il se plaignait de douleurs du dos, de troubles de la concentration et de l'attention, et de troubles du sommeil. Il meublait ses journées en écrivant des chansons et en s'occupant de les promouvoir sur Internet entre une et quatre heures

par jour. Il était replié sur lui-même et n'avait que peu de contacts avec son entourage, il n'avait que deux amis. Lors du status, la psychiatre n'a pas objectivé de troubles de la mémoire ni de ralentissement psychomoteur. L'assuré présentait un léger trouble de la concentration et de l'attention. La thymie était labile. L'assuré ne présentait pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital ou de ruminations et il ne verbalisait pas d'idées suicidaires. Il n'existait pas de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. L'assuré décrivait une angoisse persistante avec des attaques de panique. Il était tendu et très angoissé durant l'examen. Son discours était accéléré, plaintif et superficiel, sans signe floride de la lignée psychotique. Il était immature, labile, abandonnique, sur la défensive, persécuté, narcissique, avec des capacités d'anticipation réduites. Il présentait un vide affectif, une instabilité émotionnelle et un effondrement des ressources d'adaptation aux changements. Il avait également des troubles du sommeil avec des cauchemars. La Dresse E_____ a fait état d'une nette amplification des plaintes somatiques, avec la conviction d'être atteint de maladies somatiques graves dans le cadre d'un trouble hypocondriaque, accompagnée d'un important sentiment de détresse qui touchait l'examineur, dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant d'intensité sévère. L'assuré présentait une importante fragilité psychologique liée au trouble grave de la personnalité émotionnellement labile type borderline.

Le médecin a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de trouble grave de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31); de syndrome douloureux somatoforme persistant d'intensité sévère (F 45.4); de trouble hypocondriaque (F 45.2); et d'anxiété généralisée d'intensité sévère (F 41.1). L'assuré souffrait également d'un épisode dépressif moyen en rémission (F 32.1) et de bruxisme, sans incidence sur sa capacité de travail. La Dresse E_____ a exposé dans son appréciation sur quels critères elle s'était fondée. Elle partageait l'avis du Dr D_____ s'agissant de l'impossibilité de la réadaptation sociale au travail. Le pronostic était défavorable. L'assuré souffrait d'une pathologie chronique qui évoluait en s'aggravant. Elle justifiait une incapacité de travail totale en tout cas depuis le 24 novembre 2002 dans toute activité.

5. Par décision du 4 avril 2008, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité entière eu égard à son incapacité de travail totale dès le 1er novembre 2002. Compte tenu de la demande tardive, le droit à la rente ne naissait que le 6 mars 2005.
6. Dans le cadre de la révision du dossier, l'OAI a invité l'assuré à lui adresser ses avis de taxation pour 2008 à 2010 par courrier du 6 février 2012.

7. Dans le formulaire rempli le 13 février 2012, l'assuré a indiqué qu'il percevait une rente de la caisse de pension C_____ suisse. Il a ajouté que rien n'avait changé depuis sa demande de prestations de mars 2006. Il a joint ses avis de taxation pour les années 2008, 2009 et 2010, retenant à titre de revenus la rente d'invalidité, la rente de la prévoyance professionnelle ainsi qu'un revenu mobilier de CHF 40.- en 2008, CHF 52.- en 2009 et CHF 2.- en 2010.
8. Dans son rapport du 1^{er} mars 2012, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et l'incapacité de travail totale.
9. Selon un extrait du compte individuel AVS de l'assuré du 8 mars 2012, ce dernier a réalisé un revenu de CHF 32'017.- en 2005, dont CHF 3'000.- pour Label communication SA, et de CHF 14'950.- en 2006 pour 3DES Sàrl. En 2007 et 2008, il avait été son propre employeur et avait déclaré des revenus de respectivement CHF 4'406.- et CHF 49'000.-.
10. Le 16 avril 2012, le Dr D_____ a indiqué que le diagnostic était inchangé. Les périodes dépressives étaient moins évidentes mais elles s'accompagnaient de préoccupations hypochondriaques très importantes ayant un caractère délirant lorsque la décompensation était à son paroxysme.
11. Dans un nouveau formulaire reçu le 9 juillet 2012 par l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il était sans activité lucrative et qu'il n'avait pas réalisé de revenu en tant qu'indépendant.
12. Le 18 septembre 2012, deux collaborateurs de l'OAI ont eu un entretien avec l'assuré. Ils lui ont posé plusieurs questions sur son état de santé, auxquelles l'assuré a répondu en signalant notamment que son état de santé était difficile à gérer au quotidien. Il essayait de se réinsérer car il restait souvent chez lui. Il faisait de la musique pour oublier ses maux. Ses journées étaient décalées, il vivait la nuit. Il s'occupait en créant de la musique et essayait d'en vivre. Ses journées étaient assez répétitives. Questionné sur ses voyages, l'assuré a indiqué qu'hormis un séjour aux Etats-Unis nécessaire pour régler les affaires de feu sa grand-mère, il lui était parfois arrivé de se rendre à Paris pour y voir sa petite amie. Ses dépenses étaient supérieures à ses rentrées. Interrogé sur d'autres sources de revenus ou prestations financières, il a signalé quelques rentrées de l'ordre de CHF 300.- à 400.- en 2007 ou 2008 pour des cours de musique. Il n'avait pour l'heure pas d'autre rentrée que ses rentes. Sa situation financière était dramatique. Il a précisé qu'il faisait l'objet d'un redressement fiscal en raison d'un rétroactif pour des droits d'auteur pour environ CHF 43'000.-. Il payait environ CHF 400.- par mois à l'Administration fiscale. Il n'exerçait actuellement aucune activité salariée ou indépendante. Il n'avait plus eu d'activité rémunérée depuis 2008. Dans l'attente de la décision de l'OAI, il avait donné quelques cours de musique, fait quelques

concerts et prêté sa voix pour des publicités. Il avait alors une activité sociale et il s'agissait d'une nécessité artistique. En 2005, il avait tenté de reprendre une activité de relations publiques avec un ami dans une société d'informatique. Cette société n'existait plus désormais. L'assuré ne recherchait pas d'emploi et estimait ne pas avoir de capacité de travail. Il n'avait pas d'attente, de projet ou d'intérêts personnels ou professionnels. A la demande de l'OAI, l'assuré a confirmé ne pas avoir d'activité lucrative et accessoire. Interpellé sur son activité d'auteur-compositeur-interprète, l'assuré a indiqué qu'il avait dû mettre en scène son art.

L'OAI a déclaré que selon ses recherches, l'assuré était CEO de deux sociétés, soit F_____, société d'audio et de média fondée en 2005, ainsi que G_____ H_____, label indépendant et base de données contenant plus d'un millier de chansons. L'assuré a exposé que F_____ n'existait plus depuis 2005. D'ailleurs, aucune société n'existait, il ne s'agissait que d'une mise en scène dans le monde virtuel d'Internet. Cela ne rapportait rien mais l'assuré existait ainsi de manière virtuelle. Quant à I_____, il s'agissait d'une vitrine gérée par une amie, utile à la mise en scène de la musique de l'assuré sur Internet. Si une présence sur Internet était nécessaire, elle ne lui procurait aucun revenu. Il ne gérait pas ses sociétés puisqu'elles étaient inexistantes. L'OAI a également interrogé l'assuré sur le curriculum vitae posté sur un réseau social, mentionnant notamment une activité de professeur de musique de 2008 à 2012, une activité de *recording artist* de 2007 à 2008, de chanteur de 1996 à 1998 et de producteur auprès d'une radio de 1989 à 1994. L'OAI a également relevé qu'un deuxième album aurait été produit à Paris durant l'été, et des concerts donnés dans différentes salles et festivals, dont le Paléo en 2009 et le Caribana en 2009. L'assuré a juré qu'il n'avait réalisé aucun revenu avec ces activités. Il avait financé son album, qui avait coûté CHF 5'000.- Hormis ses apparitions au Paléo et au Caribana, ses concerts étaient antérieurs à sa demande d'invalidité. Il a nié avoir un patrimoine à gérer. Un ami lui avait proposé quelque temps auparavant de mettre en valeur son talent par ses services de manager, mais cela n'avait pas fonctionné. Sur question de l'OAI, il a dit considérer que ces activités étaient compatibles avec une rente d'invalidité entière. L'OAI lui ayant rappelé son obligation de le renseigner sur toute modification, l'assuré a affirmé qu'il n'y avait eu aucun changement de son statut professionnel depuis l'octroi de la rente. S'il n'avait jamais déclaré ces activités, c'est parce qu'il ne réalisait aucun revenu. Il a relevé que l'entretien avec l'OAI s'était déroulé de manière ambiguë et pas toujours sereine.

13. Dans une note du 27 septembre 2012, l'OAI a constaté que l'assuré s'était produit dans un bar à Paris le 6 septembre 2012, selon une publicité trouvée sur Internet.
14. Par courrier reçu le 5 octobre 2012 par l'OAI, l'assuré lui a fait parvenir plusieurs remarques sur l'entretien du 18 septembre précédent. Il a affirmé que certaines

rectifications requises à la lecture du procès-verbal lui avaient été refusées. Il a notamment précisé les points suivants : les concerts qu'il avait donnés en 2008 correspondaient à une nécessité artistique encouragée par son psychiatre. F_____ avait été créée en société simple et n'avait généré aucun bénéfice. La promotion virtuelle de ses chansons était également encouragée par son médecin. Il a enfin précisé qu'il n'était pas complètement dans son état normal le jour de l'entretien. L'assuré est également longuement revenu sur la manière dont l'entretien s'était déroulé, en ajoutant qu'il en était sorti exténué, tremblant et choqué et qu'il avait subi à la suite une dépression.

15. L'OAI, dans sa note de travail du 1^{er} octobre 2012, a indiqué que l'entretien, qui avait pour but d'approfondir certaines questions d'ordre médical et professionnel, avait duré quatre heures trente. Plusieurs thèmes avaient été abordés, l'assuré ne répondant cependant jamais directement aux questions et s'égarant sans cesse dans ses propos. Les deux collaborateurs ne s'étaient jamais emportés et avaient gardé leur calme.
16. Dans un rapport d'enquête du 11 octobre 2012, l'OAI a retenu que l'assuré exerçait une activité d'auteur-compositeur-interprète. Il avait également été auteur-compositeur de plusieurs personnalités du monde de la musique, dont la chanteuse J_____. L'OAI a reproduit plusieurs documents issus de sites internet concernant l'activité d'artiste de l'assuré. L'OAI a conclu que, compte tenu des innombrables activités répertoriées sur Internet, l'assuré avait exercé et continuait d'exercer une multitude de métiers, et il était difficile d'imaginer qu'il n'en avait pas retiré d'avantages pécuniaires. L'OAI a encore affirmé que l'énumération des activités de l'assuré n'était pas exhaustive.
17. Par courrier du 12 octobre 2012, l'OAI a requis de la caisse de compensation la suspension du versement de la rente de l'assuré. Il n'a pas adressé copie de cette correspondance à l'assuré.
18. Dans son courrier du 12 novembre 2012 à l'assuré, l'OAI a soutenu que ce dernier avait repris une activité lucrative sans l'en avertir. Il était dès lors possible que la prestation dont il bénéficiait ne soit plus totalement ou partiellement justifiée. L'OAI avait dès lors suspendu le versement de la rente. L'assuré pouvait requérir une décision sujette à recours.
19. Le 21 novembre 2012, l'assuré a invité l'OAI à annuler immédiatement « la décision de suspension de rente » et à ordonner la reprise des versements. Son droit d'être entendu avait été violé ; l'OAI aurait d'office dû rendre une décision puisque la mesure de suspension affectait ses droits. Le courrier de l'OAI du 12 novembre 2012 était une décision, qui devait être annulée en raison des vices qui l'entachaient.

20. Le 4 décembre 2012, l'OAI a contesté que son courrier du 12 novembre 2012 soit une décision. Il s'est cependant engagé à rendre une décision formelle. Il a affirmé pour le surplus qu'il pouvait suspendre ses prestations à titre provisionnel sans préavis.
21. Par recours du 7 décembre 2012, l'assuré a interjeté recours contre la « décision » du 12 novembre 2012. La chambre de céans a inscrit ce recours sous le numéro de procédure A/3728/2012.
22. A la demande de l'OAI, l'administration fiscale lui a fait parvenir le 10 décembre 2012 des documents concernant l'assuré, soit deux bordereaux rectificatifs pour les années 2009 et 2010. Les bordereaux mentionnaient désormais, à titre d'autres revenus, un montant de CHF 4'558.- pour 2009 et un montant de CHF 1'735.- pour 2010, correspondant aux droits d'auteur perçus conformément à un document de la SUISA (Société suisse pour les droits des auteurs d'œuvres musicales).

Etait joint un document en allemand, intitulé « [Chiffre d'affaires] » dont il ressort que l'assuré a réalisé des revenus de CHF 45.10 en 2002, CHF 28'514.40 en 2003, CHF 9'794.- en 2004, CHF 379.85 en 2005, CHF 239.75 en 2006, CHF 6'817.25 en 2007, CHF 1'723.60 en 2008, CHF 4'588.70 en 2009 et CHF 1'735.75 en 2010.

23. Le 11 décembre 2012, l'OAI a requis de l'assuré la production de documents attestant de ses revenus.
24. Par décision incidente du 21 décembre 2012, l'intimé a suspendu le versement de la rente et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.
25. L'assuré a interjeté recours contre la décision du 21 décembre 2012 par écriture du 1^{er} février 2013, enregistré sous le numéro de procédure A/378/2013. Il a en substance contesté avoir une activité musicale lucrative et a souligné que ses activités artistiques avaient toujours été encouragées par son psychiatre afin de garder un lien avec le monde extérieur.
26. La chambre de céans a admis le recours du 10 décembre 2012 par arrêt du 4 février 2013 (ATAS/104/2013).

Elle a relevé que le courrier du 12 novembre 2012 valait décision formelle et que le recours était dès lors recevable. Il existait de sérieux doutes quant à une violation par l'assuré de son obligation d'annoncer un changement dans sa situation professionnelle. D'une part, au vu des pièces du dossier, il n'apparaissait pas qu'il aurait tiré un revenu de ses diverses activités artistiques. D'autre part, l'assuré avait toujours déclaré s'investir dans la musique, ce qu'avait également relevé la Dresse E_____. L'intimé ne prétendait pas que l'assuré aurait exercé une nouvelle activité rémunérée fixe, que ce soit à son compte ou pour un employeur, ni qu'il aurait réalisé un revenu d'une ampleur telle que son degré d'invalidité serait désormais

inférieur à 70 %. Partant, l'activité de musicien et de producteur de disques était déjà connue de l'intimé. Si le dossier de l'assuré méritait une instruction plus poussée, la pesée des intérêts en présence commandait le maintien du versement de la rente.

27. Le 11 janvier 2013, le docteur K_____, médecin au SMR, a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, compte tenu de la possibilité de reprise d'une activité professionnelle depuis plusieurs mois par l'assuré. Le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a été désigné.
28. Le 20 février 2013, l'assuré a transmis à l'OAI ses avis de taxation fiscale 2008, 2009 et 2010, une attestation de l'administration fiscale cantonale (AFC) selon laquelle l'avis de taxation 2011 et 2012 était en cours de traitement, les relevés du compte BCGE "G_____" et les droits d'auteur pour les œuvres produites avant la décision de l'OAI.

Il a relevé que ses sociétés n'avaient jamais généré aucun revenu et qu'entre 2008 et 2012, il avait bénéficié de droits d'auteur de seulement CHF 145.- par mois.
29. Le 11 mars 2013, l'OAI a requis de l'assuré des renseignements complémentaires, notamment concernant les cachets perçus pour des concerts.
30. Le 8 avril 2013, l'assuré a rappelé à l'OAI son courrier du 11 février 2013 et exprimé sa stupéfaction à la suite de deux entretiens avec le Dr L_____, lequel avait évoqué une escroquerie de l'assuré aux dépens de l'OAI et fait des remarques désobligeantes, de sorte que son impartialité était remise en cause, tout comme la valeur probante de l'expertise. En conséquence, il invitait l'OAI à rendre une décision s'agissant de la poursuite de la procédure.
31. Le 30 avril 2013, le Dr L_____ a rendu son rapport d'expertise. Il a indiqué se fonder notamment sur trois entretiens avec l'assuré en mars et avril 2013 et sur un entretien téléphonique avec le Dr D_____ du 5 avril 2013.

L'assuré a notamment expliqué qu'il n'avait pas de contacts avec son frère cadet et n'avait plus vu ses demi-sœurs depuis plus d'une année. Il ne communiquait avec sa mère que par courriels, cette dernière lui reprochant d'être menteur et manipulateur. Sa scolarité avait été difficile, avec des difficultés d'adaptation. Il avait quitté l'école à seize ans de manière violente. La professeure de la classe aurait annoncé son départ devant tous les autres élèves et l'assuré serait parti sur le champ. A dix-sept ans, il avait quitté le domicile familial pour vivre avec une amie. Après avoir quitté son emploi dans une radio, il avait connu une période difficile avec rupture sentimentale et sans logement. Dans l'anamnèse, l'expert a également relevé que selon le rapport du Dr D_____, l'assuré avait souffert vers seize ans d'une première période de dépression. Cet épisode n'était cependant pas documenté. De même, l'assuré disait avoir souffert de crises d'angoisse vers l'âge

de vingt ans, sans que cela ait donné lieu à un constat médical. Différents éléments du dossier faisaient apparaître que l'assuré avait présenté, à partir de 1993-1994, des troubles anxio-dépressifs avec des sensations de vertiges, dans le contexte d'un conflit professionnel. C'est à cette époque qu'il avait débuté sa prise en charge auprès de son psychiatre traitant. Il n'y avait pas d'éléments précis concernant l'anamnèse des troubles psychiques de l'assuré entre 1994 à 2006. Le Dr L_____ a résumé les rapports du Dr D_____ et de la Dresse E_____ avant de souligner qu'il n'existait pas de rapport décrivant l'état de l'assuré entre cet examen et le courrier du Dr D_____ du 16 avril 2012. L'assuré affirmait cependant avoir souffert de dysphagie, trouble qui se serait progressivement amélioré et aurait à nouveau permis une alimentation à peu près normale à partir de fin 2010. Dans l'anamnèse, le Dr L_____ a également noté que l'assuré avait été engagé en 2005 pendant trois mois par un ami qui avait une société informatique. Cet engagement visait à lui permettre de toucher à nouveau les indemnités de chômage en cas de licenciement. Sa fonction était de vendre des prestations par téléphone.

Le Dr L_____ a ensuite relaté les plaintes de l'assuré, qu'il a qualifiées de nombreuses dans le domaine psychique et dans le domaine somatique. Il a cité la dysphagie, les acouphènes, des sensations vertigineuses et des attaques de panique. Il a indiqué ne pas avoir constaté de troubles du cours de la pensée, l'assuré maintenant le focus d'attention sans difficulté. Il n'apparaissait pas particulièrement anxieux, avec une attitude décontractée malgré une certaine tension lorsqu'étaient évoqués les problèmes relatifs à ses activités. Il ne présentait aucun signe neurovégétatif d'angoisse ni de labilité émotionnelle. L'humeur ne semblait pas abaissée. L'assuré était dynamique et combattif. Il n'évoquait aucune idée de mort ni de suicide et ne semblait pas souffrir d'une tristesse pathologique. Le Dr L_____ n'avait pas constaté de signe de la lignée psychotique. L'expertisé ne manifestait pas de culpabilité pathologique. Il ne souffrait pas de troubles de la perception et n'évoquait à aucun moment d'idées à caractère délirant.

A l'issue de son examen, le Dr L_____ n'a retenu aucune atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré souffrait en revanche d'un trouble anxieux phobique (F 40), sans incidence sur sa capacité de travail. Les douleurs dont se plaignait l'assuré n'étaient pas somatoformes mais somatiques, le diagnostic de douleurs somatoformes devait partant être écarté. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a noté que le trouble anxieux phobique, décrit comme ancien et datant du début de l'âge adulte, n'avait pas empêché l'assuré de travailler durant de nombreuses années à la C_____ et ne l'avait jamais empêché de voyager, d'entretenir des relations amicales, professionnelles et affectives. Il ne l'avait pas empêché de se confronter à des événements stressants comme des spectacles musicaux. Il ne nécessitait actuellement quasiment d'aucun traitement

médicamenteux et la prise en charge psychothérapeutique était extrêmement légère. Le trouble anxieux phobique n'avait donc pas de conséquences sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle. Finalement, aucun trouble psychique n'était de nature à altérer la capacité de travail de l'assuré dans ses activités habituelles d'animateur radio, d'auteur-compositeur ou d'interprète. Ce dernier avait été en arrêt de travail à 100 % depuis le 24 novembre 2002. Il se trouvait alors dans une situation de conflit professionnel et souffrait d'une recrudescence de troubles anxieux et probablement de symptômes dépressifs. Il avait été licencié en 2003. Après sa période de chômage, il avait travaillé comme vendeur de service informatique en 2005. Il avait arrêté de travailler dans ce poste, non pour des raisons de santé, mais parce que cet emploi n'était pas pérenne. Le Dr L_____ considérait ainsi que l'incapacité de travail était nulle au moins à partir de janvier 2005, date approximative de son inscription auprès de l'assurance-chômage à l'issue de son arrêt de travail. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était justifiée du 24 novembre 2002 jusqu'à la reprise d'activité en janvier 2005. Par la suite, l'incapacité de travail était nulle. Une psychothérapie cognitivo-comportementale serait susceptible de réduire les troubles anxieux-phobiques. Les différentes activités exercées par l'assuré (professeur de musique, producteur musical, chanteur, batteur) étaient compatibles avec son état de santé psychique.

32. Le 2 mai 2013, l'assuré a indiqué à l'OAI que tous ses décomptes bancaires avaient été produits, qu'il avait retrouvé les cachets pour le festival Caribana 2009 (CHF 1'000.-) et le Paléo 2008 (CHF 1'300.-), et qu'il n'avait pas perçu de revenus pour les autres concerts.
33. Le 13 mai 2013, le Dr K_____ a estimé que l'état psychique de l'assuré s'était notablement amélioré depuis l'examen par la Dresse E_____ en 2007, de sorte qu'il n'existait plus d'incapacité de travail.
34. Saisi d'un recours de l'OAI contre l'arrêt de la chambre de céans du 4 février 2013, le Tribunal fédéral l'a admis le 20 août 2013 (9C_181/2013). Il a considéré que la chambre de céans, en n'invitant pas l'OAI à se prononcer sur le fond, avait violé son droit d'être entendu. De plus, le courrier de l'OAI du 12 novembre 2012 ne constituait manifestement pas une décision formelle, dont la chambre de céans aurait dû constater l'absence avant de renvoyer la cause à l'OAI. Partant, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans afin qu'elle statue sur le recours contre la décision du 21 décembre 2012, en respectant le droit d'être entendu de l'OAI et en analysant la recevabilité de ce recours.
35. Le 9 septembre 2013, le Dr D_____ s'est déterminé sur les différences importantes entre ses diagnostics et ceux du Dr L_____ en relevant que l'assuré présentait un trouble spécifique de personnalité avec deux formes de la décompensation (dépression et somatisation). Il s'agissait selon la CIM-10 de

perturbations sévères de la constitution caractérologique et de tendances comportementales de l'individu concernant plusieurs secteurs de la personnalité et s'accompagnant en général de difficultés personnelles et sociales considérables. L'assuré s'était créé un personnage de jeune chanteur, musicien à succès, quelqu'un de connu, qui voyageait, qui donnait des concerts et devenait célèbre, populaire, admiré. Cette image idéalisée était le résultat d'un isolement social, affectif, familial et amical. Il envisageait la réussite comme le remède à tous ses problèmes, et cela devenait ainsi un objectif. Une image, un personnage. Un self. Son désir de devenir un grand chanteur avait fait de lui un véritable esclave de la musique. Malgré son travail, les frustrations et les déceptions étaient nombreuses. L'assuré échouait car ses relations à autrui étaient pathologiques, tout comme sa relation à la réalité. Les difficultés de l'expertise étaient d'autant plus grandes que l'assuré avait une tendance à se présenter sous son meilleur jour. Il avait besoin de plaire, de séduire. De plus, au moment de l'examen, l'assuré était effectivement dans une phase relativement silencieuse du point de vue psychopathologique. Le Dr D_____ estimait que l'expert avait négligé le problème relationnel de l'assuré, ce qui ne correspondait pas à la réalité clinique. L'assuré n'était pas un « anxieux négligeable » cherchant à profiter de la société pour ne pas travailler. Il était un forcené de travail avec un grave problème relationnel de fond qui rendait ses rapports avec autrui pathologiques et le condamnait à une douloureuse solitude.

36. Dans ses observations du 21 octobre 2013, l'OAI a répété qu'il était douteux que les multiples activités de l'assuré ne lui procurent aucun revenu. Se référant au rapport du SMR du 5 décembre 2007 qui faisait état d'une à quatre heures par jour dédiées par l'assuré à sa musique, l'OAI a allégué qu'il était vraisemblable que celui-ci y consacrait désormais beaucoup plus de temps. Non seulement il continuait à écrire de la musique et à la promouvoir sur Internet, mais il donnait également des concerts, participait à la production d'albums, écrivait et collaborait avec des artistes reconnus internationalement, était actif dans le domaine de la photographie, de la vente, etc. L'assuré avait délibérément omis d'indiquer lors de son audition qu'il se rendait également en France pour se produire sur scène. Or, selon toute vraisemblance, il recevait des cachets lorsqu'il se produisait sur scène. Il était ainsi peu crédible qu'il puisse se produire gratuitement. L'OAI a en outre souligné que l'assuré avait déclaré à plusieurs reprises avoir participé à des concerts et perçu des cachets.

Ainsi, si en 2007 les activités liées à la musique étaient une nécessité encouragée par son psychiatre, elles étaient selon toute vraisemblance devenues une activité lucrative depuis. En effet, il était notoire que tout artiste qui se produit sur scène reçoit des cachets. Il était donc peu crédible au vu des activités déployées par l'assuré que celui-ci ne reçût aucune indemnité pour ses prestations.

Par ailleurs, la demande de prestations datait de 2006. Bien que la décision octroyant une rente à ce dernier ait été rendue en 2008, il convenait d'admettre qu'il s'agissait d'activités postérieures au dépôt de la demande de l'assuré, qui n'en avait pas fait totalement part à l'OAI ou à l'expert, et que bien que certaines activités fussent antérieures à la date de la première décision, leurs produits – les droits d'auteur – perduraient dans le temps. L'assuré aurait donc dû informer l'OAI de telles activités, qui ne correspondaient pas à la simple écriture de chansons et leur promotion sur Internet. Les déclarations de l'assuré, contradictoires et peu crédibles, n'étaient pas suffisantes pour écarter tout soupçon de l'existence d'une, voire plusieurs activités lucratives. L'intérêt de l'OAI à supprimer, même à titre provisoire, le versement des prestations l'emportait sur celui de l'assuré à percevoir une rente entière d'invalidité durant la durée de la procédure.

37. Le 7 novembre 2013, le Dr K_____ a rendu un avis selon lequel le Dr D_____ ne faisait pas la même évaluation de la situation psychique que l'expert, de sorte qu'il était nécessaire de demander à ce dernier les raisons de la différence d'appréciation de la situation.
38. Le 12 décembre 2013, l'assuré a écrit à l'OAI que la validité de l'expertise était contestée. Le Dr L_____ avait un parti pris à son égard et avait manqué d'impartialité, ce qui avait modifié son comportement lors de l'expertise. L'expert n'avait pas analysé si un trouble de la personnalité était présent, et il avait omis de prendre en compte la problématique relationnelle. Si le complément d'expertise était maintenu, le Dr L_____ devrait se prononcer sur l'analyse de la personnalité et du mode de relation pathologique.
39. Par réplique du 20 décembre 2013, l'assuré a conclu à la recevabilité de son recours ; il a notamment réitéré ses arguments sur l'absence d'activité lucrative et a produit deux attestations concernant un concert spontané et des droits d'auteur cédés gratuitement.
40. Le 16 janvier 2014, le Dr K_____ a estimé qu'il n'y avait pas de raison médicale de demander au Dr L_____ de se prononcer sur les questions posées par l'assuré, l'expert ayant déjà expliqué les raisons précises des différentes atteintes psychologiques non retenues.
41. Par décision incidente du 6 mars 2014, l'OAI a rejeté les questions de l'assuré posées au Dr L_____ et refusé d'écarter l'expertise de celui-ci.
42. Par ordonnance du 18 mars 2014, la chambre de céans a joint les causes A/378/2013 et A/3728/2012 sous le numéro de cause A/3728/2012.
43. Par écriture du 10 avril 2014, l'assuré a exposé qu'il disposait de sa rente de la prévoyance professionnelle de l'ordre de CHF 2'200.- par mois pour seul revenu. En 2013, il avait également perçu des droits d'auteur à hauteur de CHF 1'635.39.

Son loyer était de CHF 1'656.-. Il avait perdu son assurance maladie complémentaire, faute de pouvoir en assumer les primes. Il faisait également l'objet de nombreuses poursuites. Il a joint des pièces attestant de droits d'auteur, de frais et de poursuites.

44. L'OAI s'est déterminé le 4 avril 2014 en indiquant qu'il allait procéder à un complément d'expertise psychiatrique.
45. Le 21 mai 2014, l'OAI a procédé à une nouvelle enquête sur Internet et a conclu qu'il pouvait constater une nouvelle fois que l'assuré avait exercé et exerçait encore aujourd'hui divers métiers qui nécessitaient beaucoup de communication et de collaboration avec autrui.
46. A la demande de l'OAI, le Dr L_____ a rendu le 22 mai 2014 un « complément d'expertise ». Il n'avait pas retenu le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type *borderline*, car il avait uniquement constaté une tendance à l'instabilité de l'humeur et des sentiments passagers de vide intérieur. Le Dr D_____ n'expliquait pas directement ce diagnostic. Même si ce trouble devait être retenu, il n'entraînerait pas d'incapacité de travail, dès lors que l'assuré avait pu travailler au début de l'âge adulte.
47. Par arrêt du 2 juin 2014, la chambre de céans a admis le recours de l'assuré et annulé la décision incidente de l'OAI du 21 décembre 2012 suspendant avec effet immédiat la rente de l'assuré (ATAS/672/2014).
48. Une note de travail de l'OAI du 23 juin 2014 a relevé qu'une publication Facebook de l'assuré annonçait qu'il se produirait le 9 juillet 2014 au Montreux Jazz Festival au « M_____ ».
49. Dans son rapport du 26 juin 2014, le docteur N_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis 2000. Ce dernier présentait un état anxio-dépressif et une agoraphobie, ainsi que de nombreuses somatisations (dysphagie, prostatite chronique, lombalgies chroniques). La dysphagie l'avait souvent empêché de manger en 2012 et 2013, entraînant une importante perte pondérale. Le pronostic était inquiétant, car l'assuré vivait reclus chez lui avec très peu de contacts socio-professionnels, le privant peu à peu de toute source de gain possible et induisant une dépendance de l'Hospice général. Malgré cela, l'assuré avait toujours essayé d'entrevoir une sortie grâce à sa musique, mais toutes ses démarches étaient restées vaines. L'assuré présentait également de nombreuses poly allergies médicamenteuses, qui se manifestaient immédiatement par des effets secondaires dès la prise de médicaments, sans qu'un traitement spécifique ne puisse être envisagé. Il présentait une inadaptation socio-professionnelle qui le rendait incapable de travailler dans des endroits en compagnie de beaucoup de monde. L'assuré était un créatif qui avait besoin de se réaliser dans un milieu intimiste avec

des collaborateurs en qui il pouvait avoir confiance. Son souhait actuel était de tenter un reclassement professionnel et de voir dans quelle mesure il pouvait être réadapté socialement. Les mesures de réadaptation professionnelles seraient une orientation dans l'enseignement de la musique, car il serait apte à enseigner le piano ou d'autres instruments à des élèves, ceci avec un encadrement, un suivi psychiatrique et un travail ciblé sur l'enseignement de la musique. Le Dr D_____ était le plus apte à renseigner sur les capacités et le devenir de l'assuré. Le Dr N_____ recommandait en outre une thérapie cognitive comportementale. Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées en raison de l'angoisse et de l'agoraphobie de l'assuré.

50. Une note de travail de l'OAI du 11 juillet 2014 a indiqué que sa collaboratrice avait assisté à un concert de l'assuré du 9 juillet 2014, lequel avait duré 1h10. L'assuré se produirait en outre au festival « O_____ » à quatre reprises du 14 au 17 août 2014.
51. Dans son avis du 18 juillet 2014, le Dr K_____ a estimé que l'expert avait expliqué très clairement son appréciation de la situation médicale et les raisons des divergences avec le Dr D_____.
52. Dans son projet de décision du 31 juillet 2014, l'OAI a annoncé vouloir supprimer le droit de l'assuré à sa rente d'invalidité, au motif que son état de santé s'était amélioré depuis la décision initiale. Le SMR retenait une capacité de travail de 100 % dans toute activité depuis le 30 avril 2013. Le degré d'invalidité de l'assuré se confondait ainsi avec sa capacité de travail. Compte tenu du degré d'invalidité nul, l'assuré n'avait plus droit à une rente. L'amélioration notable était retenue dès le 1^{er} août 2013.
53. Une note de travail du 1^{er} septembre 2014 de l'OAI a relevé que l'assuré avait présenté à la même date sur les ondes de Yes.fm P_____, formé avec une musicienne, et annoncé que leur album était en cours de finition et se trouvait sur une plateforme de financement participatif.
54. Le 4 septembre 2014, l'assuré a transmis à l'OAI ses observations à la suite du projet de décision du 31 juillet 2014. L'expertise du Dr L_____ n'avait pas de valeur probante et les motifs de récusation contre cet expert étaient survenus en cours d'expertise. En effet, l'expert avait émis des remarques suspectes qui évoquaient un parti pris à l'encontre de l'assuré.

Il a produit un rapport du Dr N_____ du 14 août 2014, selon lequel l'assuré présentait le diagnostic d'état anxieux dépressif, d'agoraphobie, de dysphagie haute d'étiologie indéterminée, de lombalgies chroniques et de prostatite chronique. Les troubles somatiques avaient une influence majeure sur sa vie. Il présentait déjà depuis 2000 un état dépressif majeur entraînant des difficultés sociales avec la perte

de son emploi en 2002, ce qui avait accentué ses traits anxio-dépressifs. Il avait présenté de nombreux problèmes somatiques. L'assuré vivait reclus chez lui. Il avait essayé d'entrevoir une sortie grâce à sa musique, mais toutes ses démarches étaient restées vaines. Il avait créé une starification de lui-même par la musique, ce qui l'avait complètement dépassé et aggravait ses troubles anxio-dépressifs et somatoformes. La procédure de l'OAI, qui croyait tenir un tricheur, ne faisait que confronter l'assuré à cette image parfaite qu'il ne pourrait jamais rejoindre. Le Dr N_____ a encore précisé que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient plus envisageables, l'assuré ne disposant pas du bagage pédagogique ou psychologique nécessaire pour l'enseignement. Il était primordial de le laisser au bénéfice d'une rente, qui était le seul lien social qui lui permettrait de se stabiliser.

55. Par décision du 10 septembre 2014, l'OAI a versé à titre rétroactif à l'assuré un montant de CHF 40'338.-, correspondant à la rente d'invalidité due du 1^{er} novembre 2012 au 31 août 2014, en application de l'arrêt de la chambre de céans du 2 juin 2014.
56. Dans son avis du 5 décembre 2014, le Dr K_____ a estimé que le rapport du 14 août 2014 du Dr N_____ ne faisait que confirmer que l'assuré ne présentait aucune atteinte somatique pouvant entraîner une incapacité durable, mais seulement des atteintes psychosomatiques sans gravité.
57. Par décision du 18 décembre 2014, déclarée exécutoire nonobstant recours, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré en reprenant les termes de son projet du 31 juillet 2014. Il a ajouté que l'assuré avait reçu le 9 septembre 2014 une copie du dossier comprenant l'avis complémentaire du Dr L_____. De plus, l'avis du Dr N_____ du 14 août 2014 ne permettait pas de modifier l'avis du SMR.
58. Le 2 février 2015, l'assuré, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des Drs D_____ et N_____ et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, et au fond à l'annulation de la décision querellée.

Le recourant a allégué qu'il avait immédiatement fait valoir des motifs de prévention à l'encontre du Dr L_____, de sorte que l'expertise devait être écartée pour cette raison déjà. Le Dr D_____ avait par ailleurs relevé les lacunes de l'expertise, dont les diagnostics étaient incomplets. L'expert avait entièrement ignoré les problèmes somatiques. Sa réponse aux critiques du Dr D_____ ne résistait pas à l'examen. En particulier, le fait que le caractère durable de l'atteinte soit pris en compte dans le diagnostic d'autres troubles psychiques n'excluait pas qu'il fût pris en considération pour poser le diagnostic de personnalité *borderline*. De plus, l'incidence de ce trouble pouvait varier dans le temps, ce qui expliquait la pleine capacité de travail du recourant à certaines dates. Le Dr L_____ l'admettait

lui-même en posant une incapacité de travail de novembre 2002 à janvier 2005. Enfin, l'expert contestait le diagnostic de dépression sans fondement sérieux.

59. Dans sa réponse du 16 mars 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il n'était pas rendu vraisemblable que le Dr L_____ ait fait montre d'un comportement inadéquat pendant l'expertise. La comparaison de son rapport avec l'expertise de la Dresse E_____ prouvait une amélioration de l'état de santé du recourant. Par ailleurs, les circonstances avaient également changé puisqu'au vu des éléments figurant au dossier, il semblait avéré que le recourant consacrait désormais beaucoup plus de temps à sa musique que les quatre heures par jour annoncées en 2008.

60. Dans sa réplique du 29 avril 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions.

61. La chambre de céans a entendu les parties en date du 8 juin 2015.

Le recourant a exposé que l'expertise s'était déroulée bizarrement et ressemblait à un interrogatoire. L'expert lui avait dit qu'il avait une vie « cool » car il pouvait faire de la musique aux frais de l'assurance-invalidité. Selon son psychiatre, son état de santé était stationnaire. Il passait beaucoup de temps sur internet et à regarder la télévision. Il faisait beaucoup le ménage car il était très maniaque. Il faisait aussi de la musique. Il était insomniaque et vivait principalement de l'après-midi jusqu'à l'aube, dormant quelques heures en matinée. En juillet dernier, il avait participé au festival *off* de Montreux, sans rémunération. Le recourant avait parfois rendu visite à des amis en France, ou en 2009 à de la famille aux Etats-Unis. C'était déjà le cas en 2007-2008. Il est vrai qu'il n'aimait pas prendre l'avion. Son dernier concert datait de plus d'une année. Il n'avait jamais gagné d'argent au travers d'une activité musicale et en avait même plutôt perdu. P_____ était une collaboration avec une collègue. Il s'agissait d'une activité de loisir, mais ils n'avaient plus rien produit ensemble depuis une année. Le recourant a précisé que son psychiatre l'encourageait à effectuer des activités musicales et artistiques afin d'éviter qu'il ne reste cloîtré chez lui et de lui donner un but. Il voyait son psychiatre traitant depuis une vingtaine d'années, une fois par semaine. Il lui prescrivait un traitement d'anxiolytiques. Parfois, c'était le généraliste qui le faisait. Il prenait également d'autres médicaments en automédication pour des problèmes de sommeil et d'angoisse, voire de paranoïa. Il lui était arrivé parfois de penser qu'il était suivi.

La représentante de l'intimé a déclaré que l'examen clinique effectué par le Dr L_____ montrait une amélioration de l'état de santé, depuis le 30 avril 2013. Les notes de travail du 11 juillet et du 1^{er} septembre 2014 étaient des indices supplémentaires en faveur d'une amélioration de l'état de santé du recourant. Elle a

notamment affirmé que lors de l'examen de la Dresse E_____, il était indiqué que le recourant ne pouvait pas voyager du tout, alors qu'il avait pu le faire par la suite.

Le mandataire du recourant a maintenu sa demande d'expertise judiciaire psychiatrique.

62. Par courrier du même jour, le recourant s'est déterminé sur le procès-verbal de l'audience en précisant qu'il s'en remettait à l'appréciation de la chambre de céans si elle devait considérer que les éléments du dossier, et notamment l'expertise du Dr L_____, ne permettaient pas de procéder à une révision à défaut de modification notable, ou à une reconsidération.

63. Par arrêt du 29 juin 2015 (ATAS/493/2015), la chambre de céans a admis le recours et annulé la décision de l'OAI du 18 décembre 2014.

Elle a considéré que les conditions de la révision du droit à la rente d'invalidité du recourant n'étaient pas remplies car l'expertise du Dr L_____ retenait une capacité de travail totale du recourant déjà au moment de la décision initiale d'octroi de la rente et ne permettait donc pas d'établir une amélioration de l'état de santé du recourant depuis la décision initiale ; par ailleurs les activités du recourant dont faisait état l'intimé ne constituaient pas des indices démontrant la reprise d'une activité professionnelle ; une reconsidération de la décision initiale était exclue, celle-ci n'étant manifestement pas erronée ; enfin le rapport du Dr L_____ n'était pas probant.

64. Par arrêt du 12 mai 2016 (9C 612/2015), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours de l'OAI et renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

L'expertise du Dr L_____ ne mettait pas en évidence une modification de l'état de santé de l'assuré au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ; en revanche, il existait des éléments médicaux et activités menées par l'assuré qui constituaient des indices d'une probable amélioration de l'état de santé de celui-ci, justifiant la mise en œuvre de mesure d'instruction sur le plan médical afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé de l'assuré et de ses effets sur sa capacité de travail.

65. Le 26 mai 2016, la chambre de céans a rouvert la procédure.
66. Le 14 juin 2016, la Chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et leur a envoyé une copie de la mission d'expertise.
67. Le 23 juin 2016, le SMR a indiqué qu'il n'avait pas de questions particulières à poser à l'expert.

68. Le 24 juin 2016, l'OAI a souligné que l'expert Q_____ présentait souvent des retards non négligeables dans l'exécution de ses mandats et a proposé de mandater les experts R_____, S_____ ou T_____.
69. Le 28 juin 2016, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas d'observations particulières.
70. Le 30 juin 2016, la Chambre de céans a demandé au Dr Q_____ dans quel délai il pourrait rendre son rapport d'expertise.
71. Le 4 juillet 2016, le recourant s'est opposé catégoriquement à la désignation des experts suggéré par l'OAI.
72. Le 6 juillet 2016, le recourant a transmis un arrêté du Service d'état civil et légalisations l'autorisant à changer de nom et à porter à l'avenir celui de A_____, à supprimer son deuxième prénom et à se prénommer désormais U_____.
73. Le 5 septembre 2016, la Chambre de céans a informé les parties qu'en l'absence de réponse du Dr Q_____, elle entendait confier l'expertise au docteur V_____.
74. Les 12 et 19 septembre 2016, les parties ont indiqué qu'elles n'avaient pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert.
75. Le 26 décembre 2016, le Dr V_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé notamment sur un examen du 13 décembre 2016 (d'une durée de 7h15) et un entretien avec le Dr D_____ du 20 décembre 2016.

L'assuré se plaignait de découragement, perte d'espoir, peur d'être piégé, sentiment d'injustice, méfiance générale, trouble du sommeil, dysphagies, angoisses avec crises, agoraphobie, claustrophobie, phobie sociale, acouphènes, douleurs abdominales, lombalgies, bruxisme, syndromes obsessionnels compulsifs (lavages, nettoyages, rangement, accumulation d'objets, vérifications, hypochondrie) et impression de dépersonnalisation.

L'expert a posé les diagnostics suivants : Trouble délirant F22 (297.1), trouble panique F41.0 (300.01), agoraphobie F40 (300.22), phobie sociale F40.10 (300.23), trouble obsessionnel-compulsif F42 (300.3), crainte excessive d'avoir une maladie (hypocondrie) F45.21 (300.7), trouble dépressif caractérisé en rémission partielle, gravité actuelle légère F33.5 (296.35), trouble à symptomatologie somatique (trouble douloureux) F45.1 (300.82), trouble de l'usage d'anxiolytiques, léger F13.10 (305.40), personnalité paranoïaque F60.3 (301.0), personnalité borderline F60.3 (301.83), traits de personnalité narcissique F60.81 (301.81), traits de personnalité antisociale F60.2 (301.7).

Il existait un net décalage entre le résultat de l'hétéro-évaluation d'Hamilton et l'échelle de Beck, ce qui indiquait un désarroi émotionnel très important.

Le trouble délirant s'était probablement développé à bas bruits depuis le début de l'âge adulte et était devenu significatif vers 2003 (contexte du procès avec la RSR), voire avant.

Le trouble panique existait vers l'âge de 20 ans peut-être avant, et était probablement en rémission partielle, de gravité modérée à légère, selon la phase dans laquelle se trouvait l'assuré ; l'agoraphobie suivait l'évolution du trouble panique et sa gravité était légère.

La phobie sociale datait probablement du début de l'âge adulte, de gravité légère.

Le trouble obsessionnel compulsif était de gravité légère.

L'hypocondrie était fréquente et de degré léger et avait dû débiter vers l'âge de 20 ans.

Le trouble dépressif était de faible importance et remontait probablement à l'adolescence.

Le trouble somatoforme douloureux existait actuellement sous forme de douleurs abdominales irritantes et était de faible importance ; il s'agissait plus d'un trouble hypocondriaque névrotique ou psychiatrique éventuellement sur une base sexuelle.

Le trouble de l'usage d'anxiolytiques était de faible importance.

L'assuré présentait :

- Une personnalité paranoïaque ; il se sentait victime de la société et de sa famille ; le trouble avait débuté probablement à l'adolescence et sa gravité était sévère.
- Une personnalité borderline ; ce trouble était chronique et sévère et remontait en tous les cas à l'adolescence.
- Des traits de personnalité narcissique ; le trouble avait débuté à l'âge adulte et était de gravité modérée.
- Des traits de personnalité antisociale ; le trouble est probablement présent depuis le début de l'âge adulte et était d'importance faible.

L'assuré n'avait pas conscience de la présence de son trouble délirant, de sa pathologie de la personnalité, qui étaient les piliers de son handicap. Ce diagnostic limitait de manière significative le fonctionnement dans le quotidien. La vie relationnelle était fortement perturbée.

Il souffrait de nombreuses limitations fonctionnelles, notamment dans le contact avec autrui qui était hautement pathologique. Il n'était pas capable de maintenir une relation durable dans son milieu familial proche, dans la sphère sociale et certainement pas dans le milieu professionnel. Il se sentait trop vite victime d'abus,

recherchait dans un premier temps une protection et une reconnaissance pour se trouver désillusionné après un certain temps, rejeté, inaccepté, mis à la porte. Il souffrait d'attaques de panique récurrentes avec des difficultés agoraphobiques et claustrophobiques. Le regard d'autrui pouvait être jugeant, voire menaçant, et conduire à l'évitement social. Des défenses psychotiques morbides forgeraient une relation persécutée avec les autres avec une intensité délirante, voire hallucinatoire. De nombreuses somatisations avec préoccupations hypocondriaques constituaient des facteurs de résistance face à toute situation stressante. Il existait aussi une attitude obsessionnelle, ritualisée qui induisait une baisse de rendement. Les capacités adaptatives de l'assuré étaient faibles. Toute anticipation de rupture ou rupture réelle risquait d'induire une décompensation d'une durée variable.

C'était dans le domaine professionnel que les limitations du niveau d'activité étaient les plus significatives. L'assuré risquait d'entrer rapidement en conflit dans ce cadre par rapport auquel il était préservé depuis quatorze ans. Dans le domaine personnel, il existait également une atteinte grave, la plupart des relations sociales et familiales étaient rompues, l'assuré parvenant à maintenir une relation surtout avec son amie. Le degré d'activité sociale était faible.

Le réseau social était précaire. Il existait uniquement une relation depuis une année avec une jeune femme, fragile, qui risquait comme toutes les précédentes d'aboutir à une rupture. Les autres proches se trouvaient éloignés.

Le refus d'une médication appropriée, notamment antidépressive, découlait des convictions de l'assuré que cette médication risquait de nuire à sa virilité par ses effets secondaires. L'assuré ne se reconnaissait pas en tant que patient psychotique. Pour lui ses troubles étaient surtout somatiques ou dans le registre anxieux. Son traitement anxiolytique lui paraissait convenable, et il était ouvert, au mieux, à une phytothérapie. Il semblait qu'il s'accommodait de sa situation, qui lui paraissait comme une sorte de compromis plus ou moins acceptable par rapport à sa situation de victime de la société. La maladie avait ainsi un rôle protecteur et l'invalidité qui en découlait était une reconnaissance. Il ne disposait pas d'une motivation ferme pour prendre une médication susceptible d'améliorer son état.

La maladie était protectrice pour l'assuré et il ne voulait pas la quitter si facilement, ce d'autant qu'il bénéficiait d'une reconnaissance de sa souffrance par l'allocation d'une rente AI.

Les limitations fonctionnelles étaient fortement incapacitantes dans n'importe quelle activité.

Avec un traitement approprié associé à des mesures de réhabilitation dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles pourraient être moindres, notamment en ce qui concernait les interactions avec autrui. Dans une « niche

professionnelle », une activité de nature très autonome, avec peu de contacts sociaux, à temps partiel et lui permettant de gérer son temps, la limitation principale qui découlait de l'altération du contact avec les autres serait atténuée et pourrait être compatible avec une activité lucrative légère.

L'incapacité de travail était nulle depuis 2002. Il n'y avait actuellement pas d'indice d'une amélioration significative de l'état psychique de l'assuré depuis le 4 avril 2008. De nombreux conflits familiaux et ruptures avaient même rendu peu probable la présence de ressources mobilisables : son état avait ainsi pu s'aggraver à certaines périodes, comme en 2012 et 2014 (ruptures).

L'expertise du Dr L_____ était lacunaire et contradictoire ; il n'avait pas retenu la psychose et la personnalité paranoïaque ainsi que les traits narcissiques et antisociaux ; il avait exclu à tort d'autres diagnostics, l'anamnèse était minime et l'examen était trop court car le cas était complexe.

Il adhérait à la vision du Dr D_____ et, en particulier, à l'impact prépondérant de la personnalité pathologique de l'assuré sur sa vie relationnelle avec une répercussion dans tous les aspects de sa vie, dont la vie professionnelle.

Il était d'accord avec les conclusions du Dr W_____.

Le rapport du SMR de 2008 était sommaire et manquait de profondeur, l'anamnèse lacunaire ; il aurait été préférable à cette époque de mettre en place des mesures de réinsertion.

La lecture du dossier administratif laissait songeur quant à l'exercice d'une activité artistique régulière durant toutes ces dernières années. Elle était bien documentée et énumérait de nombreuses occurrences dans des activités variées (concerts, sortie de CD, mise en ligne de vidéos, photographies...), devant un public ou non, dans plusieurs pays... La propre recherche de l'expert sur Internet avait permis d'y constater une présence active et régulière de l'assuré sous différentes identités : il se vantait sur plusieurs sites et sur différents réseaux sociaux (Facebook, Twitt4er, Instagram) de conduire une activité artistique soutenue, ambitieuse et internationale. L'existence d'un doute quant à la pertinence d'une capacité de travail, pour le moins théorique, semblait dans un premier temps plausible et pas arbitraire.

Bien que l'assuré ne se soit pas comporté physiquement de manière ostentatoire en cours d'entretien, comme c'était parfois le cas dans des troubles somatoformes douloureux, son attitude défensive avec le maintien d'un flou sur sa situation financière avaient compliqué l'évaluation de la capacité de travail réelle ou potentielle. Il avait aussi accentué ou majoré ses symptômes dans son mail et dans les tests auto-évaluatifs.

De surcroît, si l'on ne se fiait qu'au status clinique, la capacité de travail pouvait en effet paraître significative. L'assuré était plutôt lisse et ne présentait aucun trouble majeur patent à l'observation superficielle. On pouvait ainsi aboutir facilement aux mêmes conclusions que l'expert L_____. Il était pourtant nécessaire d'aller au-delà des apparences et de prendre le recul nécessaire pour mener une réflexion approfondie sur la problématique psychique de l'assuré. Et c'était là qu'avait résidé toute la difficulté de l'expertise.

Bien que l'investigué situait son handicap dans la sphère somatoforme et se plaignait d'anxiété morbide, il y avait une perte d'un contact normal avec la réalité, notamment dans le monde relationnel.

L'assuré présentait une personnalité paranoïaque, anticipant en permanence l'abus, l'exploitation, l'humiliation et vivant dans l'interprétation et sur la défensive et une décompensation de la personnalité limite et abandonnique.

Cette personnalité fragile, au besoin constant de plaire et d'impressionner, connaissait des hauts et des bas réguliers. Combinée à une personnalité paranoïaque, elle rendait l'assuré particulièrement vulnérable dans les phases de précarité affective.

L'ensemble des troubles était certes fortement incapacitant. Cependant l'absence de soins pharmacologiques appropriés pour ces pathologies graves et chroniques constituait un élément troublant.

Il existait une réserve thérapeutique évidente et exigible.

Selon l'impression de l'expert rien ne prouvait la présence de gains significatifs depuis la reconnaissance de l'invalidité et ce à aucun moment. Au contraire, la nette majorité des activités n'apportait aucun gain du tout, certaines semblaient même avoir occasionné des pertes, d'autres des gains minimes. Globalement, ces gains supposés ne dépassaient probablement pas ce qu'un bénéficiaire d'une rente AI était autorisé de gagner. Sans oublier que le psychiatre traitant avait encouragé le maintien d'une activité artistique dans un but socialisant et thérapeutique.

Au vu du nombre limité des abonnés de ses comptes et des visiteurs de ses sites et du fait que sa musique était disponible gratuitement et ses vidéos en téléchargement libre, cette présence active sur Internet ne semblait pas être le reflet d'une vie professionnelle intense mais plutôt la tentative désespérée d'un homme blessé narcissiquement qui cherchait à se donner une existence pour le moins virtuelle. Craignant l'effondrement total de sa structure de personnalité, l'assuré multipliait les actes de présence sur le web au fur et à mesure que les fondements de sa vie réelle s'affaiblissaient.

Si cette activité n'avait pas été lucrative jusqu'ici, il n'était pas exclu qu'elle puisse le devenir, du moins partiellement. Les capacités créatives, intellectuelles et cognitives n'avaient pas été touchées par la psychopathologie, il se pouvait même que la créativité y ait trouvé une source d'inspiration. L'assuré était très polyvalent, autodidacte et faisait preuve d'imagination et d'inventivité. Hormis sa maîtrise du web, il avait appris à jouer de plusieurs instruments, avait pu participer à des spectacles en public, en Suisse comme à l'étranger, avait créé des sociétés afin de promouvoir sa musique... Il était décrit comme un « forcené du travail », capable de travailler seize heures par jour dans un domaine qui le passionnait. Tenant compte de la réserve thérapeutique non exploitée à ce niveau, il existait une option ouverte d'actualiser une certaine capacité de travail dans une « niche professionnelle » taillée sur mesure pour son profil.

La mise en place d'une telle démarche n'était pas aisée ni immédiate ; une exigibilité médico-thérapeutique sur le plan psychiatrique de l'ordre de 40 % devrait être admise, si et uniquement, elle était accompagnée par des mesures de réinsertion de l'OAI. Accompagner l'assuré dans des mesures de réinsertion, par exemple par un coaching ou une orientation professionnelle, aurait un rôle stabilisant, susceptible de faciliter le deuil de la rente chez une personne présentant de graves troubles de la personnalité.

Cette exigibilité ne s'appliquait pas avant le 1^{er} juin 2017, afin de laisser le temps à l'assuré de bénéficier de l'effet du traitement psychotrope préconisé et de se préparer à la phase réhabilitative. L'exigibilité existait uniquement après une prise en charge de l'assuré par la division de réhabilitation de l'OAI.

76. Le 23 janvier 2017, le Dr K_____ du SMR a observé qu'il était très difficile de retrouver les causes médicales de l'incapacité de travail de 60 % attestée par l'expert, dont le rapport n'était pas convaincant.

L'expert citait de nombreux diagnostics sans expliciter clairement ceux retenus comme incapacitants : il soulignait les tentatives de majoration des symptômes de l'assuré, avait des doutes sur l'authenticité des déclarations, relevant des incohérences mais ne se positionnait jamais de façon claire sur ces points.

Il retenait de façon non convaincante des hallucinations auditives et cénesthésiques.

Le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline était considéré comme sévère avec, en particulier, une instabilité des relations interpersonnelles. Mais il était noté que l'assuré était resté attaché à sa grand-mère (mère de substitution) et à un demi-cousin de son père également, que l'assuré était resté une fois six ans et une fois quatre ans avec les mêmes relations.

L'expert expliquait également que l'assuré avait été engagé en 2005 par un ami, « dans le but de lui permettre de toucher à nouveau des indemnités de chômage en

cas de licenciement » montrant ainsi que l'assuré avait suffisamment de ressources pour trouver des solutions à ses problèmes financiers.

Enfin l'expert insistait sur le fait que l'assuré « s'accommode de sa situation » et en tirait des bénéfices, en particulier financiers, très conséquents. Il confirmait également qu'il avait un manque de « motivation ferme » pour « améliorer son état » évident, en particulier dans la mise en place et le suivi d'une prise en charge psychothérapeutique nécessaire et exigible.

L'expert ne faisait assurément pas la démonstration évidente que l'assuré présentait bien une pathologie psychiatrique incapacitante et non un mode de vie « artistique » choisi. L'expertise n'étant pas convaincante, il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes.

77. Le 8 février 2017, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 23 janvier 2017 et a conclu au caractère non probant de l'expertise judiciaire, laquelle était incomplète et contradictoire.

L'expert n'expliquait pas la répercussion du trouble délirant sur la capacité de travail. Il admettait une stabilisation de l'état de santé depuis 2009 mais émettait l'hypothèse qu'elle n'avait eu aucun effet sur la capacité de travail.

Il se contredisait en retenant des hallucinations auditives et cénesthésiques tout en excluant des limitations ou en encore en exposant que l'exclusion par le Dr L_____ de l'hypocondrie était absurde tout en ne retenant pas ce diagnostic.

L'expert retenait une incapacité de travail tout en mentionnant que l'assuré avait des ressources, qu'il n'était pas compliant, qu'il disposait d'une capacité de travail, qu'il était sous traitement, que son état avait évolué positivement de 2008 à 2012 et qu'il n'était pas motivé. L'expert relevait que l'assuré n'adhérait à aucune modification des traitements, tout en signalant de façon contradictoire qu'il adhérait à sa thérapie auprès de son psychiatre traitant.

L'expert s'écartait du status clinique dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail du recourant, alors même que « l'examen avait duré presque huit heures » (expertise p. 71), qu'aucun des symptômes qui auraient éventuellement pu entraver le bon déroulement de l'examen ne s'était manifesté durant les presque huit heures de l'évaluation (expertise p. 71) et qu'il ressortait de la jurisprudence du Tribunal fédéral que, dans le cadre d'une expertise psychiatrique, c'était l'examen clinique qui demeurait déterminant, avec relevé de l'anamnèse, saisie des symptômes et observation du comportement (Arrêt I 391/06 du 9 août 2006, consid. 3.2.2, avec renvoi).

Un trouble psychique n'était pas admis comme invalidant lorsqu'il était en réaction à la décision négative de l'AI.

Enfin, l'expert avait signalé à plusieurs reprises des tentatives de majoration des symptômes et s'était contredit en alléguant le contraire. Il ne se positionnait pas de façon claire sur ces points ; l'expertise était incohérente et lacunaire.

78. Le 28 février 2017, le recourant a observé que l'expertise judiciaire, très bien documentée, rejoignait son opinion et attestait qu'aucune amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain n'était intervenue depuis avril 2008 et que sa capacité de travail était totalement nulle. L'expertise définissait une hiérarchie des pathologies invalidantes mais surtout mettait en avant ses troubles psychotiques ainsi que sa personnalité paranoïaque, éléments qui faisaient défaut dans les appréciations précédentes.

L'expert relevait que l'expertise du Dr L_____ n'était pas probante. Les atteintes diagnostiquées limitaient de manière significative son fonctionnement, principalement dans le domaine professionnel ; selon l'expert, il s'était montré généralement collaborant ; la capacité de travail était actuellement nulle et il n'y avait pas d'indice d'une amélioration significative de l'état psychique depuis avril 2008 ; s'agissant des gains supposés, l'expert avait indiqué que rien ne prouvait la présence de gains significatifs depuis la reconnaissance de l'invalidité. S'agissant des mesures de réhabilitation, il doutait lui-même de leur efficacité car il était trop handicapé dans l'ensemble de ses relations sociales et ne voyait pas dans quelle niche professionnelle il pourrait reprendre le travail ; s'agissant d'un nouveau traitement, il faudrait encore que le psychiatre traitant le préconise, que lui-même le supporte et qu'il améliore réellement sa situation.

La date du 1^{er} juin 2017 ne pouvait pas être retenue ; si l'OAI mettait en place des mesures de réinsertion, sa rente devait encore lui être versée pendant cette période.

Il persistait dans ses conclusions visant au versement de sa rente entière d'invalidité. Les arriérés de rente devaient porter intérêts à 5 % depuis le 1^{er} décembre 2015.

79. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a indiqué le 29 mars 2017 que la rente d'invalidité avait été versée au recourant jusqu'au 31 janvier 2015.
80. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par arrêt du 12 mai 2016 (9C 612/2015), le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

2. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité du recourant, singulièrement sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis la décision initiale de rente du 4 avril 2008.

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

3. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA). Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1 ; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 10). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 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 références). 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

5. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

6. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).
7. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a

al. 1 Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI)); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

En vertu de l'art. 88^{bis} al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

En vertu de l'art. 88^{bis} al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

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

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen),

l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

9. a. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de

troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_10/2015 du 5 septembre 2015 destiné à la publication consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

b. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

11. a. En l'espèce, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 12 mai 2016, renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision, de sorte que la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique.

Le rapport du Docteur V_____ du 26 décembre 2016 remplit tous les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une entière valeur probante :

L'expert a conclu à la présence de troubles polymorphes et protéiformes couvrant de nombreux registres de la psychiatrie et un trouble de la personnalité très complexe, avec des troubles psychotiques et une personnalité paranoïaque, au maintien d'une incapacité de travail totale du recourant depuis 2008 en relevant qu'il n'y avait aucun indice d'une amélioration significative de l'état psychique du recourant depuis cette date ; l'activité artistique qui ressortait de la consultation de divers sites internet n'était pas significative de la réalisation de gains et correspondait à la tentative désespérée du recourant de se donner une existence virtuelle ; une capacité de travail psychiatrique était cependant exigible, à un taux de 40 %, dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2017, moyennant la mise en place d'un encadrement par la réadaptation de l'intimé et l'exploitation de la réserve thérapeutique susceptible d'améliorer et mieux stabiliser l'état clinique (en particulier pour traiter la psychose), laquelle était aussi exigible.

Ce rapport, fondé sur un examen approfondi, dont la durée totale a été de 7h15, ainsi qu'un entretien avec le psychiatre traitant, des tests auto-évaluatifs et des analyses biologiques, est particulièrement complet et détaillé ; l'expert a noté les plaintes du recourant et résumé l'anamnèse personnelle, familiale et professionnelle, laquelle permet de suivre le parcours du recourant de façon complète.

L'expert a posé des diagnostics en les expliquant de façon claire et a exposé de façon précise le traitement suivi par le recourant et le traitement exigible. Il a également clairement répondu à la question de savoir si l'état de santé du recourant s'était modifié depuis la dernière décision de rente du 4 avril 2008. Enfin, il a pris parti sur les rapports médicaux au dossier, dont ceux des Dr L_____, D_____ et W_____, ainsi que celui du SMR.

S'agissant du trouble douloureux (F 45.1), l'expert a précisé que l'impact des plaintes (douleurs abdominales irradiantes, acouphènes, dysphagie) dans le quotidien n'était pas important, surtout par rapport à l'ensemble des troubles et que, plus qu'un trouble douloureux, il semblait s'agir d'un trouble hypocondriaque névrotique ou psychotique, éventuellement sur une base sexuelle ; l'importance du trouble était faible.

La chambre de céans constate ainsi que la problématique médicale incapacitante ne relève pas d'un trouble somatoforme douloureux mais est en lien avec des diagnostics psychiatriques indépendants, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les critères jurisprudentiels précités, pertinents en matière de trouble sans substrat organique (consid. 9 supra)

b. Le recourant relève que l'expertise judiciaire est très bien documentée et adhère aux conclusions de l'expert, tout en émettant une réserve quant à sa capacité de

travail de 40 % dans une activité adaptée à son état de santé, s'estimant trop handicapé dans l'ensemble de ses relations sociales et doutant de l'efficacité d'une modification de son traitement.

L'intimé, en se fondant sur le rapport du SMR du 23 janvier 2017, fait valoir que l'expertise judiciaire n'a pas de valeur probante car elle comporte de nombreuses incohérences, des constatations cliniques peu affirmatives et des conclusions insuffisamment motivées.

c. La chambre de céans constate que les critiques émises par l'intimé ne résistent pas à l'examen.

c/aa. Tout d'abord l'intimé relève qu'il est très difficile de retrouver les causes médicales de l'incapacité de travail de 60 % car l'expert retient de nombreux diagnostics, sans expliciter clairement ceux qui sont incapacitants, notamment par rapport au trouble délirant.

A cet égard, l'expert expose que le trouble délirant et la pathologie de la personnalité sont les piliers du handicap (expertise p. 71). Le trouble psychiatrique découle d'une décompensation de la personnalité paranoïaque de base et la personnalité borderline est un trouble chronique et sévère (expertise p. 66).

Il explique que les diagnostics psychiatriques dans leur ensemble limitent de manière significative le fonctionnement dans le quotidien et empêchent le recourant d'exercer une activité lucrative ou de s'engager dans un projet professionnel durable : incapacité à maintenir une relation durable, en particulier dans le domaine professionnel, risque d'évitement social, relation persécutée avec les autres avec une intensité délirante, voire hallucinatoire, attitude obsessionnelle induisant une baisse de rendement, faible capacité adaptative, risque de décompensation (expertise p. 72 – 73) et risque élevé de conflits dans le domaine professionnel (expertise p. 74).

Contrairement à l'avis de l'intimé, l'incapacité de travail est motivée de façon suffisante par l'expert.

c/bb. L'intimé reproche à l'expert de se livrer à de pures conjectures quant à l'amélioration de la capacité de travail du recourant depuis avril 2008 et de conclure à son absence, nonobstant la stabilisation de l'état de santé depuis 2009.

Or, l'expert confirme une incapacité de travail totale du recourant depuis 2008, sur la base de l'examen du recourant du 13 décembre 2016, de l'entretien avec le Dr D _____ du 20 décembre 2016, de l'entier du dossier du recourant, comprenant les avis médicaux antérieurs, ainsi que sur ses propres recherches sur internet. Contrairement à l'avis de l'intimé, il ne s'agit pas d'une évaluation de l'état de santé fondée sur de pures conjectures mais sur une analyse de tous les éléments à

disposition de l'expert, soit une évaluation très complète qui a permis à ce dernier d'être en mesure de fournir une appréciation rétroactive de la situation du recourant ; l'intimé n'explique d'ailleurs pas sur quels autres éléments l'expert aurait dû fonder son appréciation. Quant à la stabilisation de l'état psychique évoquée par le Dr D_____ (expertise p. 21), elle n'a pas été jugée suffisante par l'expert pour que le recourant recouvre une capacité de travail dans l'économie, lequel a même expliqué que de nombreuses ruptures étaient survenues dans la vie du recourant et qu'il était même possible que l'état de santé se soit aggravé en 2012 et en 2014 (expertise p. 77).

c/cc. L'intimée fait valoir que le rapport d'expertise contient de nombreuses affirmations contradictoires.

L'expert a qualifié le trouble panique, l'agoraphobie et la phobie sociale de gravité légère (expertise p. 59 – 60), de sorte qu'il n'y a pas de véritable incohérence avec un voyage en avion et des participations à des spectacles ; quant aux acouphènes, il a émis l'hypothèse d'hallucinations auditives simples (expertise p. 70) et estimé que l'influence du trouble était faible (expertise p. 62 – 63), tout en relevant que l'échange avec l'assuré n'avait effectivement pas souffert de problème d'audition, de sorte qu'il n'y a pas d'incohérence non plus entre les constatations de l'expert et la participation du recourant à des spectacles musicaux.

Contrairement à la remarque de l'intimé, l'expert a retenu le diagnostic de crainte excessive d'avoir une maladie (hypocondrie) et l'a qualifié de gravité légère (expertise p. 56 et 61).

L'expert a exposé que le recourant ne se reconnaissait pas comme patient psychotique et refusait, en raison de la peur d'effets secondaires, une médication antidépressive ; pour lui ses troubles étaient somatiques et anxieux, de sorte qu'il ne prenait qu'un traitement anxyolitique léger et suivait une psychothérapie. Un traitement psychotique était toutefois exigible (expertise p. 74 et 75).

L'expert a ainsi expliqué de manière convaincante pour quelle raison le recourant n'adhérait pas à un traitement médicamenteux psychotique, ce qui n'est en outre pas en contradiction, comme souligné à tort par l'intimé, avec le fait que le recourant adhère à la thérapie psychothérapeutique prodiguée par son psychiatre traitant. S'agissant de celui-ci, il a déclaré douter de la possibilité de réhabiliter le recourant mais a accepté l'exigibilité d'un traitement psychotique et des mesures de réhabilitation évoquées par l'expert (expertise p. 21), ce qui ne correspond pas à la description de l'intimé, soulignant une contradiction entre la reconnaissance par l'expert d'une incapacité de travail et une exigibilité de la capacité de travail acceptée de la part tant de l'expert que du psychiatre traitant. Quant à l'affirmation de l'expert que la capacité de travail du recourant peut paraître significative à

l'observation superficielle du dossier (expertise p. 82), elle n'est pas contradictoire avec la conclusion d'une incapacité de travail totale puisque l'expert explique justement qu'il a été nécessaire d'aller au-delà des apparences pour appréhender la situation psychique complexe du recourant.

Enfin la description faite par l'expert lui-même des résistances du recourant de se projeter dans une activité professionnelle ainsi que celles liées à l'adhésion à un nouveau traitement n'ont pas empêché l'expert de conclure de façon très claire à l'existence d'une grave pathologie incapacitante (expertise p. 73).

c/dd. Selon l'intimé, l'expert s'écartait à tort du status clinique.

L'analyse faite par l'expert des difficultés relationnelles du recourant n'est en particulier pas en contradiction avec l'observation clinique de celui-ci par l'expert, lequel a, lors de celle-ci, constaté des éléments appuyant ses diagnostics, soit que le recourant fluctuait entre une attitude séductrice et méfiante, qu'il était totalement dénué d'introspection et de capacité de mentalisation et qu'il avait présenté un délire phantasmatique sexuel et un récit caractérisé par un syndrome de perception et une imagination délirante enfantine (expertise p. 70-72) ; l'expert a précisé que le trouble délirant et la pathologie de la personnalité avaient été déterminés compte tenu du comportement du recourant, de l'anamnèse et de l'ensemble du dossier (expertise p. 72).

On peine ainsi à comprendre la critique de l'intimé selon laquelle l'expert s'écarte du status clinique, ce dernier ayant pris en compte tous les éléments du dossier pour effectuer son analyse et expliquer précisément que l'attitude du recourant pouvait faire croire, dans une première observation superficielle, à l'existence d'une capacité de travail mais que tel n'était en définitive pas le cas (expertise p. 82).

c/ee. L'intimé reproche à l'expert de s'écarter de la science médicale en ignorant des gains perçus par le recourant.

À cet égard, il apparaît, au contraire, que l'expert a pris la peine d'investiguer l'activité déployée par le recourant sur internet, pour analyser ensuite si elle pouvait être la manifestation d'une capacité de gain du recourant, ce qu'il a clairement exclu ; or cette analyse rentrait parfaitement dans son champs de compétence, étant rappelé que le Tribunal fédéral avait considéré que l'activité artistique déployée par le recourant était un élément important puisqu'elle constituait un indice d'une éventuelle capacité de travail exigible (arrêt du Tribunal fédéral du 12 mai 2016).

c/ff. L'intimé constate que l'expert retient des troubles en réaction à une décision négative de l'OAI alors que ces troubles ne peuvent être reconnus comme invalidants.

À cet égard, l'expert a constaté que la rente d'invalidité allouée au recourant avait une fonction de reconnaissance, d'abri, de réparation et que le recourant se réfugiait dans cet état de rentier. Cela dit, l'expert a estimé néanmoins qu'une capacité de travail était exigible mais a averti que la décision de diminuer la rente d'invalidité serait vécue par le recourant comme une agression identitaire et que des mesures d'accompagnement de l'intimé auraient un rôle stabilisant qui faciliterait le deuil de la rente chez un assuré présentant de graves troubles de la personnalité (expertise p. 87) ; l'incapacité de travail n'est ainsi pas motivée par la nécessité de maintenir le recourant dans son statut d'invalidé comme le suggère l'intimé mais bien par des diagnostics psychiatriques indépendants.

c/gg. L'intimé relève que l'expert signale des tentatives de majoration de symptômes, exprime des doutes sur l'authenticité des déclarations, relève des incohérences, mais ne se positionne pas de façon claire sur ces points.

L'expert a expliqué que le recourant s'était montré collaborant, qu'il n'avait pas cherché à exagérer ses symptômes et qu'il n'y avait aucune raison suffisante pour exclure l'atteinte significative à la santé qui était patente, malgré les réserves émises [mail du recourant évoquant ses difficultés, tentative sur un mode défensif d'accroître les symptômes, tendance à ne pas donner une image trop capable de lui-même professionnellement, manque de collaboration sur les sujets en lien avec la procédure AI et ses revenus, authenticité douteuse au sujet de la procédure AI et de nombreux symptômes, tendance à la manipulation et faible motivation pour des mesures de réhabilitation, contexte sinistrosique et revendicateur (expertise p. 66, 70, 71, 73, 76)].

L'expert a ainsi relevé que le recourant était anosognosique par rapport à son délire de persécution qui englobait toutes ses relations, qu'il présentait un sentiment général de victime (expertise p. 69 et 72) et que le contact avec autrui était hautement pathologique (expertise p. 72).

Le caractère incapacitant des atteintes que l'expert a qualifié de patentes, n'est ainsi pas remis en question par la présence des réserves mises en avant par l'expert.

c/hh. L'intimé remet en cause le diagnostic de trouble sévère de la personnalité car le recourant était resté attaché à sa grand-mère, à un cousin et avait fréquenté deux amies successives sur de longues périodes.

Le résumé de la situation du recourant effectué par l'intimé est réducteur ; en effet, l'expert s'est attaché à expliquer de façon approfondie le fonctionnement du recourant dans ses relations à autrui ; il a mis en évidence les efforts de celui-ci pour éviter les abandons, également dans la relation avec son amie actuelle, l'instabilité des relations interpersonnelles, pratiquement toutes rompues, la perturbation de l'identité (changement de patronyme), une idéalisation noire

chronique, voire suicidaire avec des scarifications, une instabilité affective pathologique, un sentiment de vide, une incapacité à se situer sur le plan relationnel, un comportement violent et une idéalisation de persécution qui revêtait une intensité délirante (expertise p. 65) ; l'expert a relevé que les lacunes affectives précoces étaient majeures (expertise p. 65) et la chambre de céans constate que l'anamnèse et la discussion montrent que le lien avec la grand-mère n'a pas réparé les blessures affectives du recourant en lien avec ses parents (expertise p. 38 – 41). Quant à la relation avec le demi-cousin du père du recourant, décédé, aucun élément n'est donné sur sa durée ni sa qualité (expertise p. 41) qui permettrait de douter de l'existence du trouble grave de la personnalité.

c/ii. S'agissant enfin du contrat de travail dans l'entreprise d'un ami, attestant, selon l'intimé, de ressources suffisantes chez le recourant pour trouver des solutions à son problème financier, l'expert a indiqué qu'il s'agissait d'un contrat de trois mois dans la vente de produit par téléphone et que le recourant n'avait pas donné satisfaction, de sorte que le contrat n'avait pas été prolongé, fait qui relativise la capacité du recourant à se sortir de situations financières difficiles (expertise p. 43).

12. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative [ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366 (ATF 9C_595/2013 du 30 novembre 2013)].

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire et de constater qu'au jour de la décision litigieuse, le 18 décembre 2014, l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré depuis la décision de rente de l'intimé du 4 avril 2008, de sorte que le recourant présente encore une incapacité de travail totale dans toute activité. En conséquence, le recourant a droit au maintien de sa rente entière d'invalidité.

13. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

En l'occurrence, la rente d'invalidité a été supprimée dès le 1^{er} février 2015 de sorte que le délai de vingt-quatre mois vient à échéance le 1^{er} février 2017. Quant au délai de douze mois, il a débuté le 2 février 2015, date du dépôt du recours devant la chambre de céans et est donc venu à échéance, antérieurement, soit le 2 février 2016.

Compte tenu de ce qui précède, les prestations arriérées porteront intérêt à 5 % l'an depuis le 1^{er} février 2017.

14. Selon l'art. 21 al. 4 LPGA les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral I.605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n. 30 p. 113; voir également les arrêts du Tribunal fédéral I.265/05 du 3 octobre 2005 consid. 4; et I.485/04 du 16 décembre 2004 consid. 6.1).

Au vu des conclusions de l'expertise judiciaire quant à une capacité de travail de 40 % exigible du recourant, moyennant le suivi d'un traitement psychotrope adapté et la mise en place de mesures d'accompagnement de l'intimé, il incombera à celui-ci de procéder à la mise en œuvre desdites mesures préconisées par l'expert.

15. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 p. 501 s.), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 Bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaire (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4 p. 537), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 p. 265 s.). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier [ATF 139 V 496 précité consid. 4.4 p. 502 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3)].

En l'occurrence, il convient de mettre les frais d'expertise à la charge de l'intimé, celui-ci s'étant fondé sur l'expertise du Dr L_____, laquelle ne mettait pas en évidence une modification de l'état de santé du recourant (ATF du 12 mai 2016 9C_612/2015).

16. Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.
17. Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 200.- ainsi qu'une indemnité de CHF 4'000.- en faveur du recourant, seront mis à la charge de l'intimé.

Par ailleurs, les frais d'expertise de CHF 11'000.- seront mis à la charge de l'intimé.

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

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 18 décembre 2014.
4. Dit que les prestations arriérées porteront intérêt à 5 % l'an depuis le 1^{er} février 2017 ;
5. Met un émolument de CHF 200.-, ainsi que les frais d'expertise de CHF 11'000.-, à la charge de l'intimé.
6. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- au recourant, à 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 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), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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