

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1959 au Kosovo où il a effectué sa scolarité et exercé différents emplois, notamment dans le domaine de la sécurité, est marié et père de deux enfants nés en 1985 et 1989. Il est arrivé en Suisse en 1991 et a travaillé comme aide-paysan, aide-cuisinier, ouvrier du bâtiment et enfin, aide-foreur chez B_____ SA. En 2009, son salaire mensuel s'élevait à CHF 3'600.-, payé treize fois l'an.
2. En date du 8 octobre 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI), mentionnant être en totale incapacité de travail en raison d'une atteinte à son genou droit, suite à un accident survenu le 18 janvier 1999.
3. Dans un rapport adressé à l'OAI le 17 novembre 1999, le docteur C_____, médecin praticien, a suspecté une algoneurodystrophie, attesté d'un status post lésion de la corne postérieure du ménisque interne et d'un état dépressif. L'incapacité de travail était totale depuis le 18 janvier 1999.

Le médecin traitant a transmis à l'OAI un rapport du 9 septembre 2009 de la Clinique de réadaptation de Bellikon où l'assuré avait séjourné du 30 juin au 4 août 1999. Il ressort de ce document que l'assuré avait subi une résection du ménisque interne du genou droit par arthroscopie le 25 mars 1999 et qu'une scintigraphie osseuse du 6 mai 1999 avait mis en évidence une algoneurodystrophie du genou droit. L'assuré souffrait d'une tendance à la tuméfaction et d'une limitation de la mobilité du genou droit. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) pratiquée le 30 juillet 2009 avait révélé une lésion du ménisque interne de stade I avec une petite déchirure du rebord externe, une contusion à la partie antérieure du plateau tibial interne et une tuméfaction prérotulienne atypique avec une accumulation de liquide. L'assuré ne pouvait pas encore reprendre son activité d'ouvrier du bâtiment.

4. Le 3 février 2000, le Dr C_____ a écrit à l'OAI que des mesures professionnelles seraient utiles afin d'occuper l'assuré qui devenait de plus en plus dépressif en raison de son incapacité de travail. Il évoquait une réintégration partielle dans un travail à rendement réduit.
5. Par décision du 19 mai 2000, l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations au 31 mai 2000, faute de lien de causalité entre le sinistre assuré et les troubles justifiant encore une incapacité de travail.
6. Le 2 juin 2000, une IRM du genou droit a conclu à une chondropathie rotulienne, une importante tuméfaction dans la partie antérieure de la rotule évoquant le diagnostic de bursite, une dégénérescence avec une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. Le tendon rotulien, de signal homogène, était légèrement épaissi. Aucune lésion méniscale externe n'était mise en évidence, mais était relevée une apposition périostée au niveau du tiers proximal du péroné

avec une excroissance osseuse dans sa partie postérieure et interne, évoquant une exostose.

7. Le 10 septembre 2001, une tomодensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée a mis en évidence une protrusion discale en L5-S1 de localisation médiane et paramédiane à prédominance droite et en contact avec les racines S1, mais sans tuméfaction ni refoulement de ces dernières, un spina bifida occulta en S1, un aspect dystrophique de la structure osseuse et une calcification pariétale de l'aorte abdominale, sans dilatation anévrysmale.
8. Un stage d'observation professionnelle a été organisé pour une période prévue du 15 octobre 2001 au 28 janvier 2002, auprès de la Fondation PRO. Selon un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI du 9 novembre 2001, le stage avait été mis en place malgré les capacités professionnelles extrêmement limitées afin d'examiner s'il subsistait une capacité exploitable dans un milieu protégé, mais aussi pour permettre à l'assuré de se rendre compte que son état de santé empêchait une reprise professionnelle, de manière à ce qu'il puisse mieux accepter son invalidité et le versement d'une rente d'invalidité. Dès le premier jour du stage, l'assuré avait consulté son médecin pour que la mesure se poursuive à 50%, au vu des douleurs ressenties. La Fondation PRO avait signalé que l'assuré était quotidiennement suivi par le Centre de Thérapie Brève (ci-après CTB), qu'il avait complètement décompensé et que la problématique psychique était au moins aussi importante que l'atteinte physique. Très démonstratif, il avait perturbé les autres personnes en stage, en se couchant notamment par terre. La mesure avait été interrompue le 29 octobre 2001, le Dr C_____ ayant attesté d'une totale incapacité dès cette date. Enfin, le docteur D_____, psychiatre au CTB, avait signalé un état dépressif important et estimait que l'assuré n'était pas en mesure de travailler ou de suivre un stage.
9. Par décision du 19 février 2002, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, dès le mois de janvier 2000.
10. Le 27 juillet 2004, l'assuré a rempli le questionnaire pour la révision de la rente, indiquant que son état de santé était toujours le même.
11. Dans un rapport du 27 août 2004, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé de son patient était resté stationnaire. Ce médecin a relevé la persistance d'un état dépressif, associé à des douleurs importantes au niveau de la jambe. L'assuré se déplaçait avec l'aide d'une canne anglaise et était suivi par le CTB qui lui prescrivait un traitement antidépresseur. L'association du syndrome douloureux chronique et de l'état dépressif ne permettait pas la reprise du travail.
12. Dans un rapport du 2 novembre 2004, le docteur E_____, chef de clinique de l'Hôpital de psychiatrie des Hôpitaux universitaires du Canton de Genève (ci-après HUG), a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, tous deux présents depuis 1999. Le suivi spécialisé psychiatrique, lequel avait duré du 11 janvier 2002 au 10 août 2004,

s'était révélé inefficace. L'état de santé était stationnaire, le pronostic mauvais, sans ouverture thérapeutique, et l'incapacité de travail complète.

13. Sur demande de l'OAI, la doctoresse F_____, psychiatre, et le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, tous deux médecins auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après SMR) ont examiné l'assuré. Dans leur rapport du 8 juillet 2005, ces médecins ont retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des gonalgies droites résiduelles dans le cadre d'un status après une contusion du genou droit et après une méniscectomie interne droite compliquées d'une algoneurodystrophie localisée en 2003, une lombosciatalgie droite et des cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. S'y ajoutait, mais sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive d'intensité légère. Les limitations fonctionnelles retenues concernaient, pour le genou droit, le travail impliquant des genuflexions répétées ou imposant de monter sur un escabeau, des échelles ou des escaliers. S'agissant du rachis, l'assuré devait pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, ne pouvait pas soulever régulièrement des charges de plus de 8kg, porter régulièrement des charges de plus de 15kg, et travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Concernant les limitations fonctionnelles psychiatriques, était relevée une amplification des plaintes somatiques. La capacité de travail était limitée à 70% dans l'activité habituelle, mais était complète dans une activité adaptée du point de vue ostéoarticulaire. Au niveau psychiatrique, elle était de 70% dans toute activité.
14. Le 7 janvier 2008, le service juridique de l'OAI a estimé que la décision initiale de rente était manifestement erronée, qu'elle devait pouvoir être reconsidérée et qu'une expertise bidisciplinaire paraissait utile, ce qui a été confirmé le 31 janvier 2008 par la doctoresse H_____, médecin auprès du SMR.
15. Un rapport d'expertise a été rendu par le Bureau romand d'expertises médicales (ci-après BREM) le 18 septembre 2008, rapport signé par les docteurs I_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Les experts ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère chez une personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques décompensée, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, des gonalgies droites suite à une chute en 1999 (status après une intervention chirurgicale en mars 1999 pour une résection du ménisque interne, status après une algoneurodystrophie du genou droit, chondropathie rotulienne et déchirure partielle au sein de la corne postérieures du ménisque interne). Ces diagnostics étaient présents depuis le mois de janvier 1999.

Sur le plan somatique l'assuré souffrait de gonalgies sur la déchirure partielle du ménisque interne et sur la chondropathie. Cette atteinte entraînait certaines

restrictions de travail. L'assuré ne pouvait pas monter ou descendre, ne pouvait pas rester debout plus de 45 minutes. Par contre, dans une position assise avec la possibilité de changer de position, sans devoir marcher sur un plan instable ni devoir monter ou descendre des échafaudages ou des escaliers, sa capacité de travail était pleine et entière.

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux était écarté car les gonalgies de l'assuré étaient d'abord expliquées par une pathologie somatique avérée. Il s'agissait ainsi plutôt d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Quant à l'état dépressif, était retenu un épisode actuel moyen à sévère. Le psychiatre traitant avait été contacté téléphoniquement et il était apparu que la description de la Dresse F_____ correspondait à une période d'amendement du trouble dépressif de l'assuré, alors sous d'importantes doses d'antidépresseurs. Le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive d'intensité légère, posé par la Dresse F_____ était inadéquat, compte tenu de la durée des symptômes dépressifs. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient une thymie dépressive, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité marquée, une anhédonie, une aboulie, une irritabilité et un retrait social. Au plan psychique, la capacité de travail exigible de l'assuré ne dépassait pas 30% dans une activité adaptée en milieu protégé. Dans l'activité habituelle sa capacité de travail était nulle. La capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales.

16. Par avis du 7 octobre 2008, le docteur K_____, médecin SMR, a contesté les conclusions du rapport d'expertise précité, relevant que l'épisode dépressif pouvait avoir été en rémission au moment de l'examen au SMR, alors que l'assuré bénéficiait d'un traitement efficace d'Efexor ER. Il a également rappelé que le suivi au CTB, interrompu en août 2004, avait été repris en octobre 2007, ce qui pouvait marquer une aggravation de l'état de santé. De plus, les experts du BREM ne s'étaient pas interrogés sur un éventuel échec du traitement et sur l'observance thérapeutique de l'assuré. Enfin, le diagnostic de personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques décompensée n'était pas documenté par l'anamnèse et les signes cliniques. Le Dr K_____ estimait que l'assuré serait en rémission avec un traitement adéquat et que sa capacité de travail était entière dès 2000 dans une activité adaptée.
17. Selon un nouvel avis du Dr K_____ du 31 mars 2009, suite à plusieurs entretiens téléphoniques avec la responsable du BREM, il apparaissait que l'expert psychiatre n'avait pas tenu compte de plusieurs éléments pertinents dans son appréciation, de sorte qu'une nouvelle expertise au BREM s'avérait nécessaire.
18. Mandatés à cet effet, le Dr I_____ et la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu un nouveau rapport d'expertise le 9 juillet 2009.

Au niveau somatique, les conclusions de la précédente expertise effectuée au BREM étaient confirmées.

Sur le plan psychique, étaient retenus un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, présent depuis janvier 2001, ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile, type borderline (mal compensée), présente depuis jeune adulte, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. S'y ajoutaient, sans répercussion sur ladite capacité, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, présente depuis 1999, et un syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue, présent depuis de nombreuses années. Lors de l'examen clinique, l'assuré s'était montré très tonique, sans diminution de l'élan vital et sans ralentissement psychomoteur. Il avait évoqué des idées suicidaires qu'il n'avait jamais été en mesure de préciser malgré les questions de l'experte. Il avait le projet de partir en vacances, comme chaque année, et pouvait, malgré d'importantes douleurs, monter et descendre trois fois par jour les quatre étages de son immeuble sans ascenseur. Les limitations consistaient en une anhédonie, la perte de l'intérêt ou du plaisir, la perte de confiance en soi et la réactivité caractérielle. Ces limitations interféraient à raison de 30% dans une activité simple. L'incapacité de travail sur le plan psychique avait été de 50% de janvier 2001 à mi-2002, de 30% de mi-2002 à mi-2007, de 70% d'octobre 2007 à mi-2008 et de 30% dès mi-2008. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas à envisager car l'assuré s'estimait dans l'impossibilité totale d'exercer une quelconque activité et était démotivé à l'idée d'éventuelles mesures de réinsertion.

19. Le 12 août 2009, le Dr K_____ a considéré que la capacité de travail de l'assuré était de 70%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ceci dès le mois de mai 2000.
20. Par projet de décision du 13 août 2009, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré en constatant que le degré d'invalidité était de 30%, donc insuffisant à l'octroi d'une rente. La capacité de travail était de 70% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.
21. Le 14 septembre 2009, l'assuré s'est opposé à ces conclusions et a produit un rapport du Dr C_____ du 8 septembre 2009, document attestant qu'il souffrait d'un état dépressif sévère, toujours présent à sa connaissance. Le médecin traitant considérait qu'une capacité de travail n'était pas suffisamment documentée et qu'un avis du CTB était nécessaire. Il a rappelé que son patient suivait un traitement lourd. En outre, les autres diagnostics, comme le syndrome d'apnée du sommeil n'avaient pas pu être investigués en raison de l'aggravation psychique.
22. Dans un avis du 18 janvier 2010, le Dr K_____ a mentionné que le Dr C_____ indiquait sans certitude que le recourant présentait un état psychiatrique sévère. Les conclusions du SMR ne pouvaient être modifiées sur la base d'une conviction nullement documentée.

-
23. Par décision du 26 janvier 2010, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.
 24. Dans un avis du 25 février 2010, la doctoresse M_____, cheffe de clinique au Département de psychiatrie des HUG, a indiqué que l'assuré avait été suivi au CTB du 6 novembre 2001 au 30 septembre 2004, puis dès le 9 octobre 2007. Il présentait une symptomatologie dépressive modérée à sévère en lien avec un accident du travail en 1998. Il venait régulièrement aux rendez-vous et bénéficiait d'un traitement médicamenteux sous forme d'antidépresseur, de stabilisateur de l'humeur et de petites doses de neuroleptique à but anxiolytique. Toutefois, son état s'améliorait peu et restait dépendant des situations de stress concomitantes. Sa capacité de travail était nulle.
 25. Le 21 avril 2010 de la Dresse H_____, médecin auprès du SMR, a considéré que l'appréciation de la Dresse M_____ ne donnait pas de précision suffisante et que celle du Dr C_____ comportait des contradictions. Il ne découlait pas de ces deux avis d'élément objectif faisant penser à une aggravation ou à une nouvelle atteinte.
 26. Saisie par l'assuré d'un recours interjeté à l'encontre de la décision du 26 janvier 2010, la chambre de céans a entendu le Dr J_____ le 6 juillet 2010. Ce médecin a déclaré que la Dresse L_____ et lui-même s'accordaient sur l'existence d'un trouble dépressif, mais pas sur son intensité. L'état de rémission ressortant de l'expertise de la Dresse L_____ intervenait après 14 à 15 mois de traitement antidépresseur supplémentaire, alors que lors de sa propre expertise, ledit traitement n'avait pas encore fait complètement effet. Le diagnostic de trouble émotionnellement labile à traits narcissiques était, selon lui, décompensé par la perte de la capacité de travail, alors qu'il n'était pas décompensé selon la Dresse L_____. Il estimait que le fond de personnalité avait été sous-estimé et persistait à considérer que lors de son examen, la capacité de travail n'était que de 30% en milieu protégé, alors qu'elle pouvait être estimée à environ 50% au moment de l'expertise de la Dresse L_____, étant précisé qu'il lui était difficile de se prononcer sans avoir revu l'assuré. Il a ajouté que le Dr K_____ n'était pas psychiatre et n'avait ni la compétence ni l'expérience pour émettre des critiques quant à son propre avis.
 27. La Dresse M_____ a été entendue le 2 novembre 2010 et a déclaré suivre l'assuré depuis le mois de novembre 2008, au CTB puis dans le cadre de sa consultation. En 2002, l'assuré avait été suivi pour un trouble dépressif récurrent modéré durant 18 mois. Il avait été mis fin à ce suivi car la situation ne pouvait être améliorée. Le médecin généraliste avait alors poursuivi le traitement, comme il était apte à le faire. Au moment de l'examen de la Dresse F_____, il était possible que l'assuré ait pu connaître une période plus stable, à savoir un état dépressif léger à modéré. L'assuré avait fait une rechute dépressive en 2005, suite au rejet d'un recours en matière d'assurance-accident. Il avait présenté les mêmes symptômes qu'auparavant à un degré sévère ayant nécessité une prise en charge au CTB, puis à un degré modéré. En 2008, au début de la prise en charge, le trouble dépressif était

modéré et s'était progressivement aggravé suite aux demandes de renseignement de l'assurance-invalidité. L'assuré avait vraiment rechuté au moment de la suppression de sa rente. Le trouble dépressif était actuellement à nouveau sévère, ceci depuis le début de l'année 2010 au moins. L'état dépressif de l'assuré variait passablement, car il était très sensible aux facteurs de stress environnants. Le traitement médicamenteux était peu efficace. Elle suivait l'assuré à raison d'une fois par mois, ceci afin de le soutenir, voire de stabiliser son état, une amélioration ne pouvant être envisagée, même à long terme. Actuellement, comme avant l'aggravation de 2010, la capacité de travail de l'assuré était nulle en raison d'une agitation psychomotrice l'empêchant de rester assis plus d'une demi-heure, et en raison de difficultés de concentration et d'attention. Dans une phase d'amélioration, il pourrait travailler en milieu protégé afin d'améliorer son estime de lui-même, puis, cas échéant, dans le circuit économique normal. Il souffrait également d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile avec des traits narcissiques depuis au plus tard 2000-2001, mais c'était plutôt l'état dépressif qui était invalidant.

28. Dans un avis médical du 26 novembre 2010, la Dresse H_____ a notamment relevé que la Dresse M_____ n'avait pas été interrogée sur le traitement et la compliance de l'assuré, de sorte qu'il n'était pas possible de se déterminer à propos de l'aggravation dès le début de l'année 2010. Les conclusions du SMR déjà évoquées étaient maintenues.
29. Par arrêt du 5 avril 2011, la chambre de céans a partiellement admis le recours interjeté par l'assuré, annulé décision du 26 janvier 2010 et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants (ATAS/362/2011). Elle a considéré que l'avis de la Dresse L_____ du 9 juillet 2009 devait être retenu, de sorte que l'assuré présentait une capacité de travail de 70% dès 2008, ainsi que celui du Dr I_____, lequel retenait une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il incombait à l'OAI de déterminer le degré d'invalidité en tenant compte d'une capacité de travail dans une activité adaptée, et non pas dans l'activité habituelle. L'OAI devait également instruire la question de l'aggravation de l'état dépressif évoquée par la Dresse M_____ et survenue postérieurement à la décision litigieuse.
30. Par rapport du 23 avril 2012, la Dresse M_____ a attesté d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). La symptomatologie s'était aggravée depuis 2010 et l'assuré était incapable de prendre en charge une activité de la vie quotidienne, se négligeait physiquement, se plaignait de fatigabilité importante, de faiblesse, d'agitation, de méfiance, de colère, de sensibilité au bruit, de perte de motivation et de plaisir, de tristesse et d'idées suicidaires. Le traitement consistait en un suivi médical à raison d'une fois par mois et en la prise quotidienne de médicaments (Wellbutrin, Xanax, Zyprexa, Lyrica)
31. Mandaté par l'OAI, le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 3 juillet 2013, lequel est notamment fondé sur un entretien avec l'assuré. Ce dernier se plaignait de tristesse

et d'une perte de plaisir, d'appétit, de libido, d'entrain, de volonté de vivre et de confiance en lui, ainsi que de troubles de la concentration, d'oubli, de tension et d'anxiété. A titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), présent depuis 1999. L'assuré ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité, ni d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Actuellement, l'humeur était modérément déprimée, avec un découragement et un discours négatif, sans tristesse permanente, diminution de l'élan vital ou abattement. Il existait une anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) en ce sens qu'aucune activité n'était actuellement source d'une relative satisfaction (dans le passé, les activités source de plaisir étaient le fait d'aller en vacances, la musique, la vie sociale). Etaient également présentes une diminution de l'estime de soi et une diminution de l'appétit accompagnée par une perte pondérale correspondante. Il n'y avait pas de sentiments de culpabilité excessifs ou inappropriés et si l'assuré se disait dégoûté de la vie, il n'y avait pas d'idées récurrentes de mort ou de suicide. Enfin, le sommeil était conservé avec la médication. Il y avait une légère péjoration sur le plan de la dépression depuis le rapport d'expertise psychiatrique du 9 juillet 2009 (trouble dépressif récurrent, en rémission à l'époque, mais épisode actuel léger sans syndrome somatique actuellement), mais il n'y avait pas eu d'évolution en termes de capacité de travail. Cette dernière était de 70% depuis le 27 mai 2009, soit dès l'expertise de la Dresse L_____. Le traitement actuel était adéquat.

32. Le 28 août 2013, la Dresse H_____ a conclu que l'aggravation mentionnée par la Dresse M_____ n'avait pas été démontrée et que la capacité de travail était de 70% dès mai 2000.
33. En date du 19 décembre 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2010, fondé sur un degré d'invalidité de 45%.
34. Le 10 mars 2014, l'assuré a transmis à l'OAI un avis médical du Dr C_____ du 7 mars 2014 faisant état de douleurs chroniques au membre inférieur droit et d'une récente fracture de surcharge du tibia gauche. La capacité de travail était nulle, compte tenu également des lombalgies, des paresthésies du pied gauche et de l'arthrose modérée lombaire. En outre, l'assuré présentait une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO ou COPD) avec un syndrome obstructif modéré et un emphysème pulmonaire bulleux.

L'assuré a notamment communiqué à l'OAI les documents suivants :

- un rapport suite à une IRM lombaire du 15 novembre 2012 concluant à une discopathie L4-L5 débutante accompagnée d'une discrète protrusion médiane non significative, à une protrusion discale L5-S1 médiane non significative, et à une arthrose modérée des massifs articulaires postérieurs de L2-L3 à L4-L5 ;

- un rapport de radiographie du thorax du 9 octobre 2013 révélant un épaississement pleural apical bilatéral avec des bulles d'emphysème apicales, une petite densité sous l'arc antérieur de la II côte droite présente auparavant et non évoluée, un aspect émoussé du sinus costo-diaphragmatique droit, des bronches à parois épaissies avec un infiltrat à composante bronchique traduisant un status bronchitique, une silhouette cardiaque de taille normale et une spondylose dorsale antérieure ;
 - un rapport du docteur O_____, spécialiste FMH en pneumologie, suite à une bronchoscopie réalisée le 24 avril 2013, examen ayant conclu à un status trachéobronchique dans les limites de la norme;
 - un rapport suite à une IRM de la cheville gauche du 5 février 2014 révélant une fracture intra-spongieuse de surcharge de l'extrémité distale du tibia sans aucun déplacement, avec un épanchement intra-articulaire tibio-tarsien.
35. Le 11 juillet 2014, la Dresse H_____ a estimé que les pièces fournies ne démontraient pas d'aggravation grave et durable de l'état de santé de l'assuré, ni de nouvelles atteintes pouvant l'empêcher d'exercer, sur le plan somatique, une activité adaptée à 100%. La capacité de travail de 70% était maintenue.
36. Par décision du 16 octobre 2014, reçue le 20 octobre 2014, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2010. Après comparaison des revenus avec invalidité (CHF 37'019.- [selon l'ESS 2010, tableau TA1, niveau de qualification 4], soit 70% de CHF 43'552.- avec une réduction de 15% en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge) et sans invalidité (CHF 67'409.- [selon l'ESS 2010, tableau TA1, niveau de qualification 4]), la perte de gain était fixée à CHF 30'390.- et le degré d'invalidité à 45%.
37. Dans un rapport du 28 octobre 2014, le Dr C_____ a contesté l'avis de la Dresse H_____, relevant que l'assuré, qu'il connaissait depuis 20 ans, était incapable de travailler pour l'ensemble du tableau clinique et présentait une instabilité psychique incompatible avec un emploi. Il ne pouvait pas rester en place une minute ni s'intégrer dans un milieu social en raison d'une agitation importante interne avec une angoisse, une incohérence de la pensée et une incapacité de parler plus que deux ou trois phrases. En outre, le CTB le jugeait également incapable de travailler et les autres diagnostics, (BPCO avec tabagisme, douleurs chroniques, lombaires et au membre inférieur) associés au tableau psychiatrique, ne faisaient que confirmer l'incapacité de travail totale.
38. Le 13 novembre 2014, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.
39. Par acte du 19 novembre 2014, l'assuré, représenté par un avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours à l'encontre de la décision du 16 octobre 2014, concluant, sous suite de dépens, préalablement à l'ordonnance d'une expertise multidisciplinaire et, principalement, à l'octroi d'une rente entière. En substance, le recourant a nié toute valeur probante au rapport du Dr N_____ du 3 juillet 2013, relevant notamment que ce médecin s'était fondé sur

un unique entretien, de surcroît avec un interprète. A cet égard, il a allégué qu'il était douteux que l'expert puisse écarter un manque d'énergie, des troubles de la concentration et de la mémoire lors d'une expertise qui s'était déroulée avec un interprète. De plus, l'expert n'avait pas correctement pris en compte l'avis de la Dresse M_____, laquelle faisait état d'une très légère amélioration, de nervosité et d'idées suicidaires, avec une incapacité de travail totale depuis le 20 août 2010, ainsi que ses propres déclarations selon lesquelles il ne voulait plus vivre. Il a également fait grief à l'expert de ne pas avoir contacté le Dr C_____, lequel le suivait depuis des années.

40. Dans sa réponse du 8 décembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, au motif que l'expertise du Dr N_____ était probante, étant notamment souligné qu'un seul entretien était suffisant au vu des documents en sa possession. Aucun grief du recourant ne remettait valablement en cause les conclusions de l'intimé.
41. Par rapport du 3 février 2015, la Dresse M_____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen et conclu à une incapacité totale de travail, probablement à long terme. Elle a indiqué suivre le recourant depuis novembre 2008 et confirmé une aggravation de son état de santé dès 2010. Elle a contesté l'absence de tristesse constatée par le Dr N_____ et relevé que son patient était incapable de se fixer sur une activité à long terme, quelle qu'elle soit, et ce depuis plusieurs années. Il n'arrivait plus à regarder la télé, ni à lire les journaux, même en albanais, ne s'intéressait à rien, ni à personne, passait son temps à fumer et à ruminer. Sa femme également communiquait difficilement avec lui. Il ne participait plus à aucune activité ménagère. Même le fait de se laver régulièrement s'avérait difficile, il ne le faisait que si cela le gênait ou qu'il avait un rendez-vous à l'extérieur. Il était incapable de maintenir une relation avec autrui, ne supportant pas la contrariété. Les émotions étaient vécues comme insupportables et il cherchait à les éviter à tout prix. Par conséquent, il s'avérait impensable de lui proposer d'aller travailler dans n'importe quel emploi où il n'arriverait pas à s'investir ou à s'adapter.
42. Par ordonnance du 14 avril 2015, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise médicale, laquelle a été confiée au docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (ATAS/264/2015).
43. Dans son rapport du 24 septembre 2015, basé sur trois entretiens ambulatoires (les 20 mai, 17 juillet et 1^{er} septembre 2015), l'étude du dossier complet du recourant, deux entretiens téléphoniques du 26 août 2015 avec le Dr C_____ et la Dresse M_____, l'expert a retenu deux diagnostics comportant des répercussions sur la capacité de travail, soit un trouble dépressif récurrent, avec des épisodes fluctuant de léger à sévère, épisode actuel (au moment de la présente expertise) moyen, avec un syndrome somatique (ICD-10 ; F33.11) et un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sous forme de modification durable de la personnalité (ICD-10 ; F62.8). Il a également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du

comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (ICD-10 ; F17.25).

Après avoir présenté des anamnèses familiale, personnelle, professionnelle, sentimentale et actuelle, l'expert a relaté les plaintes du recourant. Au niveau somatique, le recourant a signalé de multiples douleurs, non systématisées, et une faiblesse généralisée. Sur le plan psychique, il a fait état, de façon répétitive (autant en mai qu'en septembre 2015), d'une nervosité incontrôlable, d'insomnies (totale s'il ne prenait pas régulièrement les médicaments prescrits), d'une absence d'appétit avec un amaigrissement et une fonte musculaire, d'une perte de toute possibilité de plaisir et d'une diminution voire d'une absence de libido. Il considérait que sa vie était finie, qu'il avait tout perdu, jusqu'à sa voiture et même son vélo, et qu'après avoir tout donné à sa famille, il était devenu inutile et inutilisable. Il a également déclaré qu'en tant que musulman, il faisait quelques fois ses prières, mais que ça ne l'aidait plus. Souvent, il pleurait, mais jamais devant sa femme qui ne voyait que ses yeux rougis. Il avait la certitude de ne plus être respecté par ses proches et ses connaissances, lesquels le considéraient notamment comme un mendiant. Il disait ressentir aussi parfois ce type de jugement de la part de son épouse.

Au status mental actuel, l'expert a relevé que le recourant se montrait sans cesse comme inadéquat dans l'interaction, théâtral et pathétique dans la façon d'exprimer et de présenter ses souffrances physiques et morales, semblant sincère et authentique dans son désarroi. Agité sur le plan psychomoteur, déambulant, sortant de temps en temps pour aller fumer une cigarette (ce qui, selon lui, était indispensable pour ne pas s'énerver et pour pouvoir supporter les entretiens et les relations humaines), il restait très pauvre ou appauvri dans sa capacité d'abstraire ou de concevoir des sujets non collés aux faits et au concret. Dans son comportement pendant les entretiens, il n'avait eu qu'un seul registre possible, celui d'être et de se montrer comme un malade souffrant en permanence, tant physiquement que psychiquement. Cliniquement, il n'y avait pas de trouble cognitif (et pas d'indication à des tests spécifiques) et pas de phénomène psychosensoriel. Le recourant se montrait également sensible et très émotif, incapable de contrôle sur ce plan. Il n'y avait pas de trouble du cours de la pensée mis en évidence, mais il devenait très facilement interprétatif, versus idées de persécution, car il était très projectif, sans remise en question possible. Sur le plan de l'humeur, quand il était dans une ambiance exigeante ou revendicative, il devenait dysphorique ou labile, et quand il était dans une ambiance plaintive, il montrait et on pouvait observer un fond de grande tristesse, un état dépressif qualifiable de moyen (en mai et en septembre 2015) avec une estime de soi nulle et la conviction d'une dévalorisation irréversible. Il verbalisait des idées, des allusions et des souhaits de mort, avec un scénario suicidaire, mais sans projet concret de passage à l'acte. Sur le plan de la structure de la personnalité, il avait présenté chaque fois un comportement très mal adapté, tant dans ses modes de perception ou de penser que dans la relation du

moment. Il constatait, mais aussi revendiquait, un retrait social dans tous les domaines, prenant une attitude soit hostile soit méfiante soit exigeante, se disant menacé ou incompris, et lorsqu'il était seul, sans espoir, s'efforçant de se détacher le plus possible de tout. Il était profondément convaincu que la perte de ses capacités physiques et psychiques, avec l'absence d'espoir de récupération, l'avaient transformé à un point tel qu'il ne se reconnaissait pas lui-même, devenu incompetent en tout.

Dans son appréciation du cas, l'expert a rappelé que le recourant déclarait qu'avant l'accident de 1999, il était en pleine forme, heureux de travailler et de consacrer l'argent qu'il gagnait à sa famille, fier de sa réussite et valorisé par son rôle. Depuis le sinistre, la perte de ses capacités physiques, du respect et d'un rôle social valorisé et valorisant par le travail, l'impression à posteriori d'avoir été mal traité sur le plan orthopédique, la survenue d'épisodes dépressifs récurrents, la persistance de douleurs physiques, étaient des éléments qui avaient pu modifier durablement sa personnalité. Un problème psychique était décrit pour la première fois par le médecin généraliste traitant, lequel signalait en novembre 1999 un état dépressif. Contacté par téléphone, le Dr C_____ avait confirmé cet état et l'évolution déficitaire grave, sortant de ses compétences, raisons pour lesquelles il avait adressé son patient aux services de psychiatrie. Il était intimement persuadé que le recourant était sincère dans son désarroi, qu'il ne s'agissait pas de quelqu'un qui recherchait des avantages financiers ou qui trichait. Médecin traitant de toute la famille, il avait suivi les conflits avec les fils qui ne respectaient plus leur père. Il confirmait le dysfonctionnement du recourant dans son entourage et son absence de toute participation au ménage ou à la vie familiale. Il maintenait que l'état dépressif avait été d'abord réactionnel à la perte de fonction puis à l'incapacité de travail, avec par la suite des épisodes fluctuants, souvent très graves, par exemple réactionnels aux problèmes financiers et de rente. Depuis des années, l'état dépressif était devenu chronique et permanent, et ce bien que le recourant ait été pris en charge relativement rapidement par les CTB et les consultations ambulatoires des HUG, puis par sa psychiatre actuelle. Dans le quartier, le Dr C_____ avait personnellement pu observer le comportement de son patient qui déambulait seul, sans regarder personne ni rechercher des regards, comme agité, sans tenir en place s'il se posait sur les bancs publics. Il considérait clairement et sans le moindre doute que le recourant était complètement incapable de travailler et de s'adapter dans un milieu professionnel.

La Dresse M_____ avait signalé, dans un rapport du 25 février 2010, une symptomatologie dépressive de moyenne à sévère en lien avec l'accident de travail. Lors de son audition le 2 novembre 2010, elle avait parlé de réaction dépressive aggravée dès 2009 en lien avec les demandes de renseignements de l'intimé lors d'une révision, puis en réaction à la décision de suppression de la rente. Contactée par l'expert, elle avait confirmé la présence permanente d'un état dépressif chronique, résistant aux traitements médicamenteux prescrits et acceptés avec une

bonne compliance, le recourant se montrant demandant dans les soins et régulier dans les rendez-vous, actuellement mensuels. Elle avait maintenu que l'état dépressif constaté était fluctuant en intensité, jamais en rémission, et signalé qu'un des éléments marquants dans le vécu et l'évolution déficitaire thymique était la perte irréversible du respect et de la considération des siens. Elle a également confirmé l'évolution pathologique de la personnalité, dans tous les domaines de la vie de son patient et pas seulement dans le domaine professionnel, et elle considérait sans hésitation qu'il était totalement inapte au travail.

L'expert a rappelé que tous les médecins consultés s'accordaient sur le diagnostic de dépression et que tous les intervenants psychiatres parlaient de dépression récurrente, à savoir un trouble parsemé d'épisodes dépressifs plus ou moins intenses, plus ou moins durables, avec des rémissions possibles, avec ou sans traitement spécialisé, survenant en réaction à des événements de vie ou de façon dite endogène. Tous les spécialistes avaient observé des épisodes dépressifs sauf deux d'entre eux qui étaient intervenus dans une période de rémission, non durable. L'évaluation du degré d'intensité (léger, moyen, sévère) reposait sur le nombre, la nature et la sévérité des symptômes dépressifs observés au cours du ou des entretiens cliniques. Ces symptômes interféraient certes de manière significative avec les activités sociales et professionnelles, mais comme l'altération de ces dernières dépendait également de facteurs individuels, sociaux et culturels, on ne pouvait pas établir une relation directe entre le degré d'altération du fonctionnement social et le degré de sévérité de la dépression. La prise en compte des plaintes subjectives se faisait par l'anamnèse, qui pouvait comporter le témoignage des proches, et par comparaison ou évaluation, sur une longue période d'évolution, en années pour les dépressions récurrentes, ce que les experts ne pouvaient pas assurer par rapport aux médecins traitants. Les plaintes subjectives qui avaient un caractère de sincérité et d'authenticité dans la souffrance – ce qui était le cas du recourant -, pouvaient ainsi avoir une « valeur de preuve » pour l'évaluation du degré de sévérité. Les symptômes dépressifs interféraient de manière significative avec les activités socioprofessionnelles et il existait des particularités individuelles, culturelles et sociales qu'il fallait accepter. Il existait aussi une possible comorbidité psychique, et quand il s'agissait d'un trouble de la personnalité – ce qui était le cas chez le recourant -, l'évaluation de l'intensité de la dépression était d'autant plus fluctuante et, surtout, la répercussion de la dépression (même légère) sur le fonctionnement socio-professionnel, était d'autant plus problématique.

Concernant le diagnostic de trouble de la personnalité, les psychiatres intervenus tôt dans l'évolution avaient parlé de syndrome douloureux somatoforme persistant. D'autres intervenants avaient décrit des troubles de la personnalité (borderline, narcissique, mixte, « névrose de caractère », majoration de symptômes pour des raisons psychiques), troubles qui étaient devenus de plus en plus envahissants pour finalement se fixer en une modification durable de la personnalité, dans le sens

d'une modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion ou à une maladie cérébrale, pathologie grave chez le recourant qui englobait par définition le syndrome algique chronique et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

S'agissant de la capacité de travail, elle ne devait pas être évaluée seulement selon le degré d'intensité des épisodes dépressifs, mais devait être évaluée en tenant compte de la comorbidité psychique (trouble de la personnalité et dépression récurrente), chacun des deux diagnostics ayant été posé majoritairement par les psychiatres intervenus, experts et médecins traitants. Pour les deux diagnostics psychiatriques avec répercussion sur ladite capacité, les limitations fonctionnelles découlaient directement et étaient décrites dans le status mental.

Le trouble dépressif récurrent, présent et reconnu comme tel depuis novembre 1999, fluctuait et avait fluctué en intensité entre léger et sévère. Il était devenu récurrent avec des épisodes plusieurs fois sévères, souvent (comme actuellement) moyens, une fois léger au point d'être qualifié de rémission (qui n'avait pas été durable). Chronique, ce trouble avait sans cesse perturbé le fonctionnement psychique du recourant.

Le trouble de la personnalité s'était installé progressivement depuis 2000 pour devenir de plus en plus envahissant et était chronique et irréversible, actuellement très grave, dans ses conséquences comportementales.

Le traitement, soit une thérapie psychiatrique et psychothérapeutique intégré était en place. Il n'y avait aucune amélioration possible à court ou moyen terme, expérience faite depuis plusieurs années.

Compte tenu des diagnostics retenus, le recourant ne pouvait exercer aucune activité lucrative depuis janvier 2010, même adaptée sur le plan somatique, sans évolution dans l'incapacité totale, avec un pronostic d'incapacité définitive. Le recourant était devenu complètement incapable d'avoir une activité professionnelle, incapable de participer normalement à une vie sociale et incapable de s'adapter à ses relations familiales existantes, polarisé qu'il était sur des souffrances physiques et psychiques vécues et ressenties par lui comme étant d'un degré extrême.

Interrogé sur les conclusions de la Dresse M_____ formulées dans ses avis des 30 septembre 2011, 30 novembre 2011 et 23 avril 2012, l'expert a répondu être d'accord avec l'existence de limitations fonctionnelles, avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec la possibilité que l'intensité de l'épisode dépressif ait pu être qualifiée par elle de sévère sans symptôme psychotique au moment des différents rapports présentés car il y avait toujours eu des fluctuations, et a confirmé l'estimation d'une capacité de travail comme nulle dans toute activité.

S'agissant de l'expertise du Dr N_____, il partageait son avis concernant l'existence des limitations fonctionnelles et le diagnostic de trouble dépressif récurrent, ainsi que sur la possibilité que l'intensité de l'épisode dépressif ait pu être

qualifiée par lui de légère au moment de son expertise, étant rappelé qu'il y avait toujours eu des fluctuations. Il n'était pas d'accord avec l'estimation d'une capacité de travail à 70% depuis le 27 mai 2009 car ce médecin n'avait pas su reconnaître l'existence, en comorbidité psychiatrique, d'un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sous forme de modification durable de la personnalité, le recourant étant devenu complètement incapable d'avoir une activité professionnelle, incapable de participer normalement à une vie sociale et incapable de s'adapter à ses relations familiales existantes.

Ces conclusions auraient été identiques à la date de décision rendue par l'intimé, soit le 16 octobre 2014, car la grave psychopathologie présentée lors de la présente expertise existait déjà en octobre 2014.

44. En date du 20 octobre 2015, le recourant a persisté dans les termes de son recours.
45. Par écriture du 20 octobre 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions, considérant que le rapport d'expertise était incomplet, émaillé d'incohérences et de contradictions, et ne pouvait pas se voir reconnaître une pleine valeur probante.

L'intimé a joint un avis du 8 octobre 2015 des doctresses Q_____ et R_____, médecins auprès du SMR. Ces dernières ont reproché à l'expert de ne pas avoir expliqué pourquoi il retenait la date de janvier 2010 comme début de l'incapacité totale de travail ni de s'être prononcé sur l'évolution depuis. Elles ont considéré que l'expert s'appuyait sur les informations subjectives et non pas les éléments objectifs. Ces derniers étaient particulièrement pauvres, quasi inexistant, et le status clinique était très incomplet. Sa discussion consistait essentiellement en un nouveau résumé de l'historique médico-asséculo-logique du cas, sans explications quant aux critères fondant ses propres conclusions. Elle était en outre confuse et n'apportait pas d'élément convaincant. Aucune revue des critères diagnostics en vigueur n'était proposée alors que l'expert s'appuyait sur une analyse psychopathologique très personnelle, ne correspondant pas aux connaissances médicales reconnues. Concernant le trouble dépressif récurrent, l'expert n'avait pas fait état d'anhédonie, de thymie ou de réduction de l'énergie, trois critères indispensables pour retenir un épisode dépressif. En outre, il paraissait contradictoire de décrire le recourant comme théâtral et de le trouver sincère et authentique. L'agitation psychomotrice ne permettait pas de retenir une agitation psychique, laquelle se manifestait pas des signes non évoqués par l'expert, soit des cris, des pleurs, des rires immotivés ou une agressivité verbale. Aucune anxiété n'était relevée dans le status, de sorte que le terme d'agitation psychomotrice semblait utilisé à tort. S'agissant du diagnostic de modification durable de la personnalité, une telle affection survenait en l'absence de troubles préalables de la personnalité et renvoyait à des anomalies de la personnalité et du comportement chez l'adulte, survenant et faisant suite à un facteur de stress, soit catastrophique, soit excessif et prolongé, ou à une maladie psychiatrique sévère. La modification de la personnalité devait être significative et associée à un comportement rigide et mal adapté, absent avant la survenue de l'évènement pathogène. Elle ne devait pas être

la manifestation directe d'un autre trouble mental ni un symptôme résiduel d'un trouble antérieur. Dans le cas présent, un trouble dépressif récurrent était retenu de longue date, de sorte que la modification de la personnalité correspondait à une manifestation directe du trouble de l'humeur. De plus, l'expert semblait considérer la possibilité d'une majoration des symptômes pour une raison psychique, majoration qui faisait partie du registre des troubles factices et ne pouvait pas être apparentée à une modification durable de la personnalité. Partant, les critères pour retenir un tel diagnostic n'étaient pas remplis. Les médecins du SMR ont également soulevé que l'expert utilisait alternativement et indéfiniment les termes de trouble de la personnalité et de modification durable de la personnalité et suggérait ainsi une confusion entre les pathologies. Concernant le diagnostic de trouble de la personnalité et le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert ne semblait pas faire une distinction entre ses deux entités et ne semblait retenir aucun de ces deux diagnostics, sans discuter les critères. A cet égard, les Dresse Q_____ et R_____ ont précisé qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons pathologiques était retenue depuis 2008, ce que l'expert n'avait pas nié, et qu'il s'agissait d'un diagnostic d'exclusion du trouble somatoforme. Enfin, les limitations fonctionnelles n'étaient pas décrites, l'expert se contentant de renvoyer à son status clinique, lequel n'équivalait pas une définition des restrictions. En conclusion, l'expertise n'était pas conforme aux exigences de qualité en vigueur et n'était pas convaincante. Le SMR estimait que la situation était stationnaire depuis l'expertise de 2013 et que ses conclusions du 28 août 2013 demeuraient valables.

46. Copie de cette écriture a été transmise au recourant le 26 octobre 2015 et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce ainsi que la recevabilité du recours ont déjà été jugées dans le cadre de l'ordonnance d'expertise du 14 avril 2015, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.
2. a. Lorsque l'administration rend une nouvelle décision après que la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire, la limite temporelle de son examen ne s'étend pas seulement à la période courant jusqu'à la date de la décision initiale, mais également à la période postérieure à celle-ci jusqu'à la date de la nouvelle décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4 et les références)

Selon la jurisprudence, un renvoi pour instruction complémentaire ne signifie pas nécessairement que les constatations originelles sont fausses mais seulement que celles-ci ne peuvent être confirmées sur la base des documents disponibles. Il se peut que les nouvelles observations viennent intégralement confirmer celles réalisées initialement, y compris du point de vue temporel (par exemple la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit), auquel

cas la première décision supprimant ou diminuant les prestations est correcte et peut être entérinée avec effet rétroactif. En revanche, si les résultats de l'instruction complémentaire infirment le contenu de la décision originelle (quant à la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit), il ne saurait être question de faire remonter la suppression ou la réduction des prestations à une époque où les conditions pour le faire n'étaient pas remplies. Est seul déterminant le moment où survient le changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente (ATF 106 V 18 et ATF 129 V 370; arrêt du Tribunal fédéral 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.3).

Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée, il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 et les références). Dans ce contexte, la jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif survenant dans le cadre de la suppression ou de la diminution d'une rente décidée par voie de révision devait également couvrir la période d'instruction complémentaire prescrite par renvoi de l'autorité de recours jusqu'à la notification de la nouvelle décision, sous réserve d'une éventuelle ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision (ATF 129 V 370 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_94/2011 du 12 mai 2011 consid. 5.3 et les références).

b. En l'occurrence, il est rappelé que la chambre de céans a jugé que le recourant présentait, sur le plan somatique, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit dans une position assise avec la possibilité de changer de position, sans devoir marcher sur un plan instable, ni devoir monter ou descendre des échafaudages ou des escaliers. Au niveau psychique, la capacité de travail était de 70% dès mi-novembre 2008, conformément au rapport d'expertise de la Dresse L_____ qui revêtait une pleine valeur probante. Elle a cependant requis de l'intimé qu'il calcule le degré d'invalidité sur la base d'une activité adaptée, et non pas de l'activité habituelle, et l'a invité à instruire sur une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique du recourant intervenue postérieurement à la décision du 26 janvier 2010 supprimant la rente entière d'invalidité à partir du 1er mars 2010 (ATAS/362/2011 du 5 avril 2011). À l'issue de nouvelles investigations, l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé psychique comportant

des répercussions sur la capacité de travail et, après nouveau calcul du degré d'invalidité, que le recourant avait droit à un quart de rente dès le 1er mars 2010.

L'objet du litige porte donc sur le bien-fondé de la réduction de la rente entière d'invalidité du recourant à un quart de rente depuis le 1er mars 2010, étant rappelé qu'au vu de la jurisprudence précitée (ATF 129 V 370), le recourant n'avait pas droit – malgré l'annulation de la décision de suppression de sa rente d'invalidité du 26 janvier 2010 – au versement d'une rente entière d'invalidité pendant la procédure d'instruction complémentaire menée par l'intimé, suite à l'arrêt de la chambre de céans du 5 avril 2011.

3. Conformément aux art. 8 al. 1 de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) et 4 al. 1 de loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20), 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. 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).
4. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5. 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 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; 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 finalement 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).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

6. a. 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 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 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 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).

b. 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.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. Aux termes de l'art. 88bis al. 2 let. a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente

échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.1)

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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).

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).

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. cc).

Enfin, on rappellera que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. a. En l'espèce, l'intimé a confié une nouvelle expertise au Dr N_____, lequel a diagnostiqué, dans son rapport du 3 juillet 2013, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), présent depuis 1999. Il a considéré qu'il y avait une légère péjoration sur le plan de la dépression depuis le rapport de la Dresse L_____, puisque le trouble dépressif récurrent était à l'époque en rémission, alors qu'il était désormais qualifié de léger, mais qu'il n'y avait pas eu d'évolution en termes de capacité de travail, cette dernière demeurant fixée à 70%.

Par avis du 28 août 2013, le SMR a ainsi estimé que l'aggravation mentionnée par la Dresse M_____ n'avait pas été démontrée. De même, dans son appréciation du 11 juillet 2014, il a conclu que les nouveaux rapports transmis par le recourant en mars 2014 n'attestaient pas d'une aggravation grave et durable de son état de santé, ni de nouvelles atteintes pouvant l'empêcher d'exercer, sur le plan somatique, une activité adaptée à 100%.

Sur la base de ces documents, l'intimé a rendu sa décision du 16 octobre 2014 et retenu que le recourant présentait toujours une capacité de travail de 70%. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, il a fixé le degré d'invalidité à 45% et lui a alloué un quart de rente depuis le 1^{er} mars 2010.

- b. A l'appui de son recours, le recourant a produit un rapport du 3 février 2015 de la Dresse M_____, laquelle a contesté les conclusions du Dr N_____ et posé le

diagnostic d'épisode dépressif moyen. La psychiatre traitant a conclu à une incapacité totale de travail, probablement à long terme, et maintenu que l'état de santé de son patient s'était aggravé depuis 2010.

c. Par ordonnance du 14 avril 2015, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire, compte tenu des avis psychiatriques contradictoires (ATAS/264/2015).

Il convient donc d'apprécier la valeur probante du rapport du 24 septembre 2015 du Dr P_____ à l'aune des critères jurisprudentiels en matière de rapports médicaux.

10. L'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, avec des épisodes fluctuant de léger à sévère, épisode actuel moyen, avec un syndrome somatique (ICD-10 ; F33.11) et un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sous forme de modification durable de la personnalité (ICD -10 ; F62.8), atteintes ayant entraîné une incapacité de travail totale et durable à partir de janvier 2010.

La chambre de céans constate que cette expertise, dépourvue de contradiction, remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert a en effet étudié toutes les pièces du dossier, procédé à une anamnèse détaillée et fouillée, relaté l'histoire de l'affection actuelle ainsi que les plaintes du recourant. Il s'est en particulier prononcé sur tous les rapports des psychiatres ayant examiné le recourant avant lui et a motivé les raisons pour lesquelles il se distançait de certains d'entre eux. Ses conclusions, dûment motivées, résultent d'une analyse complète de la situation médicale, objective et subjective.

Il sied donc d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

11. Dans leur avis du 8 octobre 2015, les Dresses Q_____ et R_____ nient toute force probante à l'expertise judiciaire et font valoir plusieurs motifs.

a. En premier lieu, elles reprochent à l'expert de ne pas avoir expliqué pourquoi il retenait la date de janvier 2010 comme début de l'incapacité totale de travail et de ne pas s'être prononcé sur son évolution depuis lors.

La chambre de céans rappelle que la décision litigieuse porte sur une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis janvier 2010, raison pour laquelle l'expert a été invité à se prononcer en particulier dès cette date. En outre, l'expert a clairement indiqué qu'il n'y avait pas eu d'évolution de la capacité de travail depuis lors (cf. rapport d'expertise p. 68, réponse à la question 6).

b. Dans un deuxième moyen, le SMR estime que le Dr P_____ s'appuie sur des informations subjectives et non pas sur des éléments objectifs, qualifiant ces derniers de particulièrement pauvres, quasi inexistantes. Selon lui, le status clinique serait très incomplet.

Il est relevé à cet égard que l'expert a examiné à trois reprises le recourant, en l'espace de cinq mois. Il a alors constaté que celui-ci était continuellement inadéquat dans l'interaction et restait très pauvre ou appauvri dans sa capacité d'abstraire ou de concevoir des sujets « non collés aux faits et au concret ». Lors de chaque entretien, il avait présenté un comportement très mal adapté, tant dans ses modes de perception ou de penser, que dans la relation du moment. Il s'était montré comme un malade souffrant en permanence, physiquement et psychiquement, et était également sensible et très émotif, incapable de contrôle à ce niveau. Dans une ambiance exigeante ou revendicative, il devenait dysphorique ou labile, et dans une ambiance plaintive, il montrait un fond de grande tristesse. Le recourant avait notamment la certitude de ne plus être respecté par ses proches et ses connaissances, lesquels le considéraient notamment comme un mendiant. Il verbalisait des idées, des allusions et des souhaits de mort, avec un scénario suicidaire, mais sans projet concret de passage à l'acte. Il constatait, mais aussi revendiquait, un retrait social dans tous les domaines, prenant une attitude soit hostile soit méfiante soit exigeante, se disant menacé ou incompris, et lorsqu'il était seul, sans espoir, s'efforçant de se détacher le plus possible de tout. Il était profondément convaincu que la perte de ses capacités physiques et psychiques, avec l'absence d'espoir de récupération, l'avaient transformé à un point tel qu'il ne se reconnaissait pas lui-même, devenu incompetent en tout. Très projectif, sans remise en question possible, il devenait très facilement interprétatif, versus idées de persécution (rapport p. 46 et 47).

Il aurait certes été utile que le spécialiste étaye davantage ses observations au moyens d'exemples concrets, en particulier dans cette partie de son rapport intitulée « status mental », mais ce dernier ne saurait pour autant être qualifié d'incomplet. Les descriptions précitées correspondent bien à des éléments objectifs, sur lesquels l'expert s'est entre autres fondé, et apparaissent suffisantes.

c. Concernant le trouble dépressif récurrent, le SMR soutient que l'expert n'a pas fait état d'anhédonie, de thymie ou de réduction de l'énergie, trois critères indispensables pour retenir un épisode dépressif.

Ce grief est pour le moins surprenant, étant rappelé que l'existence d'un trouble dépressif récurrent est admise par tous les médecins spécialistes ayant eu à se prononcer sur le cas du recourant, y compris le Dr N_____ et les médecins du SMR.

En ce qui concerne l'évaluation du degré d'intensité de cette atteinte, l'expert a exposé qu'elle reposait sur l'observation objective du nombre, de la nature et de la sévérité des symptômes dépressifs au cours des entretiens. Il a ajouté que les plaintes subjectives qui avaient un caractère de sincérité et d'authenticité dans la souffrance, ce qui était le cas du recourant, pouvaient avoir une « valeur de preuve » pour l'évaluation du degré de sévérité (rapport p. 60).

Si le Dr P _____ n'a effectivement pas expressément dressé la liste des symptômes du trouble dépressif, la lecture de son rapport permet d'identifier les éléments qu'il a jugés pertinents. Il est notamment rappelé que l'expert a observé un fond de grande tristesse et un sentiment de dévalorisation, avec une estime de soi nulle (rapport p. 47). Le recourant se considérait comme « un pauvre, un raté, un incompetent, un assisté ... à ses yeux, aux yeux de sa famille et aux yeux des autres », estimant avoir perdu le respect des siens, dont celui de ses fils et de son épouse (rapport p. 45). Il avait en outre verbalisé des idées, des allusions et des souhaits de mort, avec un scénario suicidaire (rapport p. 47). Le recourant a déclaré qu'il pleurait souvent et il s'est plaint d'une faiblesse généralisée, d'insomnies, d'absence d'appétit avec un amaigrissement et une fonte musculaire, d'une perte de toute possibilité de plaisir et d'une diminution voire d'une absence de libido (rapport p. 46). Il était incapable de manger, « même les bons plats habituels de son pays d'origine » et avait accusé une perte de poids de 10 kg supplémentaires au cours de l'expertise (rapport p. 45 et 46). L'expert a également fait état d'un retrait social et d'une incapacité de contrôle sur le plan émotionnel (rapport p. 47). Il a conclu que l'état dépressif était moyen en mai et en septembre 2015 (rapport p. 47).

Contrairement à ce que soutient le SMR, l'expert a donc bien signalé une thymie triste, ainsi qu'une perte d'intérêt et de plaisir. Concernant la « réduction d'énergie », il sera rappelé que l'expert a relaté une faiblesse généralisée, des insomnies et une perte de poids importante.

d. Le SMR considère contradictoire de décrire le recourant comme théâtral et de le trouver sincère et authentique.

L'expert a expliqué que le recourant était « théâtral et pathétique dans la façon d'exprimer et de présenter ses souffrances physiques et Q _____, semblant sincère et authentique dans son désarroi » (rapport p. 46), « dans sa souffrance » (rapport p. 60). A nouveau, il aurait été judicieux que le Dr P _____ développe son appréciation, mais ces constatations, contenues dans une même phrase, n'apparaissent pas pour autant contradictoires.

e. Le SMR relève encore que l'agitation psychomotrice ne permet pas de retenir une agitation psychique, laquelle se manifeste par des signes non évoqués par l'expert, soit des cris, des pleurs, des rires immotivés ou une agressivité verbale. Aucune anxiété n'est relevée dans le status, de sorte que le terme d'agitation psychomotrice semblait utilisé à tort.

Cette argumentation est difficilement compréhensible car l'expert n'a pas mentionné d' « agitation psychique ». Il a expliqué que le recourant était agité sur le plan psychomoteur car il déambulait et sortait de temps en temps pour aller fumer une cigarette afin de ne pas s'énerver et supporter les entretiens et les relations humaines, ajoutant qu'il était très pauvre ou appauvri dans sa capacité d'abstraire ou de concevoir des sujets « non collés aux faits et au concret » (rapport p. 47).

Cela étant, les éléments cités par l'expert ne permettent pas d'exclure une « agitation psychique » selon les critères mêmes du SMR. En effet, il ressort des plaintes du recourant, considérées comme probantes par l'expert, qu'il pleurait souvent. En outre, le Dr P_____ a observé que le recourant était sensible et très émotif, incapable de contrôle sur ce plan. Par moment, il s'était montré dysphorique ou labile, par d'autres plaintif et très triste (rapport p. 47).

f. S'agissant du diagnostic de modification durable de la personnalité, le SMR reproche à l'expert d'utiliser alternativement et indéfiniment les termes de trouble de la personnalité et de modification durable de la personnalité, suggérant ainsi une confusion entre les pathologies. De plus, le SMR indique qu'une modification durable de la personnalité survient en l'absence de troubles préalables de la personnalité et renvoie à des anomalies de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Elle ne doit pas être la manifestation directe d'un autre trouble mental ni un symptôme résiduel d'un trouble antérieur. Dans le cas du recourant, compte tenu d'un trouble dépressif récurrent de longue date, la modification de la personnalité correspond à une manifestation directe du trouble de l'humeur. Le SMR ajoute que l'expert semble considérer la possibilité d'une majoration des symptômes pour raison psychique, majoration qui fait partie du registre des troubles factices et ne peut pas être apparentée à une modification durable de la personnalité. Partant, les critères pour retenir un tel diagnostic ne seraient pas remplis.

La chambre de céans rappelle tout d'abord que le diagnostic d'« Autres modifications durables de la personnalité (CIM 10 ; F62.8) fait partie des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (CIM 10 ; F60-F69), de sorte que l'utilisation de ces deux locutions n'engendre aucune confusion. En outre, l'expert a considéré que le trouble dépressif récurrent était présent depuis 1999 et que le trouble de la personnalité s'était installé progressivement depuis 2000. Il a notamment expliqué que les troubles de la personnalité décrits par les différents spécialistes ayant examiné le recourant (borderline, narcissique, mixte, «névrose de caractère », majoration de symptômes pour des raisons psychiques), étaient devenus de plus en plus envahissants pour finalement se fixer en une modification durable de la personnalité (rapport p. 61). L'argumentation du SMR selon laquelle la modification durable de la personnalité serait exclue car le recourant présentait un trouble dépressif de longue date ne paraît donc pas pertinente. Concernant la majoration des symptômes, l'expert a clairement expliqué qu'une modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion ou à une maladie cérébrale englobait par définition le syndrome algique chronique et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (rapport p. 61).

g. Enfin, le SMR soulève que les limitations fonctionnelles ne sont pas décrites puisque l'expert s'est contenté de renvoyer à son status clinique.

S'il est exact que l'expert n'a pas décrit les restrictions psychiques, il a tout de même affirmé que le recourant était devenu complètement incapable d'avoir une activité professionnelle, de participer normalement à une vie sociale et de s'adapter

à ses relations familiales existantes, car il était polarisé sur ses souffrances physiques et psychiques vécues et ressenties par lui comme étant d'un degré extrême (rapport p. 63).

h. Compte tenu de tout ce qui précède, force est de conclure que le rapport du SMR du 8 octobre 2015 n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise judiciaire.

12. Il en va de même du rapport du Dr N_____ du 3 juillet 2013, étant rappelé que la chambre de céans a jugé nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire eu égard aux conclusions contradictoires émises par ce médecin et la psychiatre traitant.

L'expert a dûment motivé les raisons pour lesquelles il s'écartait de certaines conclusions du Dr N_____. Ainsi, il s'est déclaré d'accord avec l'existence de limitations fonctionnelles, ainsi qu'avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le Dr N_____. Il a également admis que le trouble dépressif ait pu être léger au moment de l'examen de juillet 2013 puisqu'il y avait toujours des fluctuations. En revanche, il ne pouvait confirmer l'estimation de la capacité de travail de 70% car le Dr N_____ n'avait pas su reconnaître l'existence d'un trouble de la personnalité et du comportement sous forme de modification durable de la personnalité.

Partant, la chambre de céans fera siennes les conclusions du rapport d'expertise judiciaire, auquel elle attribue une pleine valeur probante, et retient que l'incapacité de travail du recourant est totale depuis janvier 2010.

13. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait pas réduire la rente entière à un quart de rente dès le 1er mars 2010. En effet, à cette date, l'amélioration de l'état de santé qui avait été antérieurement constatée n'était plus avérée et ne s'est pas maintenue (art. 88a al. 1 RAI), compte tenu de la dégradation de la capacité de travail du recourant dès le début de l'année 2010.

14. Il convient donc d'admettre le recours et d'annuler la décision de l'intimé du 16 octobre 2014.

Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2010.

15. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 16 octobre 2014.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2010.
4. Condamne l'intimé à payer au recourant le montant de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Alicia PERRONE

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