

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4496/2011

ATAS/1267/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 décembre 2014

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1958, a travaillé en tant qu'informaticien pour diverses sociétés jusqu'en 2000. Il a par la suite traversé plusieurs périodes de chômage.
2. Le 1^{er} avril 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant un état dépressif, des difficultés respiratoires chroniques et une prostatite chronique.
3. Dans un rapport du 15 avril 2010, le Dr B_____, spécialiste FMH en urologie, a retenu le diagnostic de prostatite chronique, dont il a précisé qu'il était sans incidence sur la capacité de travail. L'assuré l'avait consulté pour la dernière fois en février 2009.
4. Le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a quant à lui retenu, dans un rapport du 17 avril 2010, un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) présent depuis trois ou quatre ans. Il a également mentionné, en précisant qu'il était sans incidence sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité (F 60.9) présent depuis l'adolescence. Le médecin a indiqué n'avoir pas revu l'assuré depuis décembre 2006.
5. Dans un rapport du 7 mai 2010, la Dresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, à un trouble anxieux et dépressif mixte présent depuis plus de 10 ans, à une broncho-pneumopathie chronique obstructive de stade II depuis 2000 et à un syndrome d'apnées obstructives du sommeil léger à modéré, appareillé depuis 2009.

Le médecin a également évoqué un status après bronchiolite respiratoire, un status après pneumothorax iatrogène sur biopsies transbronchiques en 2003, des hernies discales asymptomatiques, une hyperplasie bénigne de la prostate et une hypertriglycémie sans incidence sur la capacité de travail.

Le médecin a expliqué que l'assuré souffrait de dépression depuis des années mais que, s'agissant des angoisses, l'évolution était bonne.

L'assuré se sentait triste, avait besoin d'un effort quotidien pour se mobiliser, rencontrait des difficultés pour sortir de chez lui ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire. Le moindre effort déclenchait des difficultés respiratoires. Il y avait peu d'amélioration depuis des années au plan thymique, et l'état respiratoire s'aggravait.

Aucune mesure médicale ne permettrait d'améliorer la capacité de travail, nulle depuis environ deux ans en raison des troubles de concentration et de mémoire.

L'assuré devait pouvoir alterner les positions et éviter la station debout, la marche, les positions penchée, accroupie, agenouillée ou bras au-dessus de la tête, le port de charges, les escaliers ou échelles. En outre, ses capacités d'adaptation et de résistance étaient limitées.

La Dresse D_____ a joint à son envoi un rapport rédigé le 20 avril 2010 par le Dr E_____, spécialiste FMH en pneumologie, confirmant une aggravation de la broncho-pneumopathie chronique obstructive depuis août 2009, nécessitant une corticothérapie et une réhabilitation respiratoire ambulatoire.

6. Le 14 mai 2010, l'office cantonal de l'emploi (OCE) a transmis à l'OAI l'avis établi le 8 juillet 2005 par son médecin-conseil, le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, concluant à une incapacité de travail totale mais temporaire depuis le 11 février 2005 et soulignant la nécessité d'éviter les situations de stress.
7. Dans un rapport du 17 mai 2010, le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent depuis 2000 et d'épisode dépressif moyen depuis 2008, en précisant que ces deux atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail. Le médecin a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail : un syndrome d'apnée du sommeil et une ancienne dépendance au cannabis. Le Dr G_____ a expliqué que les capacités de résistance physique de l'assuré diminuaient d'année en année, ce qui entraînait une aggravation de son état dépressif, lequel se traduisait par une humeur dépressive, une anxiété importante, une perte de l'appétit et une asthénie.

Le médecin a évalué la capacité de travail de son patient à 50% de janvier 2007 à octobre 2008, date à compter de laquelle elle avait été de 0%. Il a expliqué que les difficultés de concentration et de mémoire de l'assuré se traduisaient au travail par une fatigue mentale et physique, des difficultés de lecture et un endormissement.

8. Le Dr E_____, spécialiste FMH en pneumologie, a adressé un rapport à l'OAI en date du 17 mai 2010. Il a diagnostiqué une broncho-pneumopathie chronique obstructive de stade II à III, avec un volume expiratoire maximum par seconde (VEMS) de 50%, et un emphysème centro-tubulaire présent depuis 2003, avec des répercussions sur la capacité de travail, ainsi qu'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil léger à modéré. Ce spécialiste a indiqué ne pouvoir se prononcer précisément sur la capacité de travail de l'assuré mais a toutefois émis l'avis qu'une activité de nature administrative sans port de charges était possible.
9. A la demande du Service médical régional de l'OAI (SMR), l'assuré a été examiné par la Dresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, en date du 10 janvier 2011.
A l'issue de son examen, la Dresse H_____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec symptômes somatiques en rémission (F 33.4). Elle a également mentionné, en estimant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type

borderline, non décompensé (F 60.31) et des troubles mentaux liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue (F 12.25).

Le médecin du SMR a noté que l'assuré avait certes développé une symptomatologie anxio-dépressive entraînant une totale incapacité de travail dès octobre 2008, dans le cadre d'une séparation compliquée, mais la prise en charge de cette atteinte avait conduit à une amélioration progressive de l'état dépressif, lequel n'avait plus justifié d'incapacité de travail depuis décembre 2010. L'assuré menait une vie quotidienne normale, ne présentait pas de troubles cognitifs et était tout à fait apte à participer au programme de réinsertion professionnelle. Quant au trouble de la personnalité, présent depuis l'adolescence, il n'avait pas empêché l'assuré d'accomplir une scolarité normale et d'assumer des responsabilités socioprofessionnelles. L'utilisation de cannabis n'était ni la conséquence ni la cause d'une atteinte à la santé.

10. Le 7 février 2011, le Dr I_____, médecin au SMR, se basant sur cet examen, a admis une capacité de travail de 50% depuis janvier 2007, de 0% depuis octobre 2008 et de 100% dès décembre 2010.
11. Le 25 mars 2011, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1er octobre 2010 au 28 février 2011.
12. Selon une note établie par l'OAI le 19 avril 2011, l'assuré a contesté les conclusions du SMR et soutenu que l'examen psychiatrique s'était très mal déroulé.
13. Par courrier du 6 mai 2011, l'assuré s'est étonné des conclusions de la Dresse H_____.
14. Le 21 mai suivant, il a transmis à l'OAI un certificat établi le 2 mai 2011 par le Dr G_____, attestant d'une totale incapacité de travail pour des raisons somatiques et psychiatriques et précisant que le traitement n'avait pas permis d'amélioration clinique.
15. Le 24 novembre 2011, l'OAI a rendu une décision formelle reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1^{er} octobre 2010 au 28 février 2011.

Admettant une incapacité de travail de 50% dès janvier 2007, l'OAI a constaté que le délai de carence d'une année s'était achevé en janvier 2008, date à laquelle le degré d'invalidité avait été de 50%. Dès octobre 2008, la capacité de gain avait été nulle et ce, jusqu'en décembre 2010. Les prestations ne pouvant être versées que six mois après le dépôt de la demande, le droit de l'assuré s'était ouvert le 1^{er} octobre 2010 et avait pris fin le 28 février 2011, soit trois mois après l'amélioration constatée.

16. Le 16 janvier 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant implicitement à son annulation.

Le recourant allègue que l'entretien avec la Dresse H_____ s'est mal déroulé. Il lui reproche de lui avoir posé des questions sans lien avec sa pathologie, et de n'avoir pas contacté son médecin traitant.

Par ailleurs, le recourant indique être sur le point de débiter une thérapie avec un médecin spécialisé en stress post-traumatique.

Il joint à son recours une spirométrie établie par le Dr E_____ le 25 novembre 2011 et un rapport du 22 décembre 2011 du Dr G_____, confirmant une incapacité de travail de 50% depuis janvier 2007 et de 100% depuis octobre 2008.

17. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 23 janvier 2012, a réservé ses conclusions et sollicité un rapport circonstancié du Dr G_____ exposant pourquoi le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été retenu.

18. A la demande de la Cour de céans, le Dr G_____ a expliqué en date du 6 février 2012 avoir retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique parce que l'assuré avait abondamment évoqué les événements traumatiques et violents vécus lors de son service militaire en Israël, des cauchemars très envahissants et des symptômes anxieux et dépressifs. Le Dr G_____ avait alors suggéré au recourant de consulter le Dr J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et de ce type de troubles. L'incapacité de travail totale découlait des troubles psychiques et somatiques (importants troubles respiratoires).

19. Le 23 février 2012, l'intimé a une nouvelle fois réservé ses conclusions.

Se référant à l'avis émis par le SMR, il soutient qu'il ne suffit pas que le recourant évoque des événements traumatisants pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique soit retenu. Selon lui, les éléments diagnostiques ne sont pas présents et n'ont d'ailleurs pas été constatés par la Dresse H_____.

Par ailleurs, l'intimé a sollicité une spirométrie plus récente que celle réalisée en mai 2010.

20. A la demande de la Cour de céans, le Dr J_____ a établi un rapport le 27 juin 2012.

Dans l'anamnèse, il a notamment relevé que le recourant avait participé à la guerre du Liban, pendant son service militaire dans l'armée israélienne, et qu'il avait éprouvé des peurs intenses pour sa vie lors de certains événements ; plusieurs de ses camarades étaient morts au combat ; depuis 2009, il vivait en vase clos, ne voyant que son fils et sa mère ; il se plaignait d'avoir fréquemment des souvenirs du passé, d'être irritable, très anxieux et hypervigilant.

Le Dr J_____ a signalé que le recourant avait du mal à répondre aux questions concernant les événements traumatiques qu'il avait vécus. Il ne présentait ni trouble cognitif ni trouble mnésique, ni hallucination, délire ou trouble psychosensoriel.

A l'examen, le spécialiste a constaté une humeur triste, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne, une réduction de l'énergie

entraînant une fatigabilité importante, une perte de l'élan vital, des diminutions de la concentration et de l'attention, de la confiance en soi, une attitude morose face à l'avenir, des idées de dévalorisation, des idées auto-agressives, des troubles du sommeil et une agitation psychomotrice. Le recourant signalait en outre des reviviscences répétées d'événements traumatiques entraînant un sentiment de détresse. Il revivait ces traumatismes par le biais de souvenirs envahissants (*flashbacks*), de rêves ou de cauchemars. Ces symptômes survenaient dans un contexte d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel ou d'hyperémotivité, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement et d'anhédonie. Le recourant évitait les situations pouvant réveiller ses souvenirs et peinait ainsi à honorer les consultations chez le Dr J_____ lorsque ce thème devait être abordé. L'exposition à des stimuli réveillant ces souvenirs pouvait déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique, une réaction agressive ou le désir de fuir. Ces symptômes s'accompagnaient d'une hyperactivité neurovégétative avec hyper-vigilance, d'état de qui-vive, de réactions de sursaut exagérées. Ils étaient associés à une anxiété et à des affects dépressifs. L'examen révélait en outre chez le recourant des caractéristiques de modification de personnalité rigide et inadaptée, à l'origine d'une dégradation du fonctionnement relationnel (attitude hostile et méfiante, retrait social, sentiment de vide, perte d'espoir, impression d'être constamment sur la brèche). Cette modification de la personnalité était présente depuis au moins quatre ans, aux dires de l'assuré.

Le Dr J_____ a retenu les diagnostics suivants : état de stress post-traumatique avec début retardé (F 43.1) présent depuis environ quatre ans, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33.10), présent depuis 1996 et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0). Selon lui, ces atteintes avaient eu pour conséquence une totale incapacité de travail depuis quatre ans environ, en raison du trouble de l'humeur, de la réduction de l'énergie, de la fatigabilité, de la perte d'estime et de confiance en soi et des crises d'angoisse et attaques de panique. L'état de santé s'était aggravé depuis quatre ans.

Le psychiatre a émis l'avis que le traitement de psychothérapie devrait permettre à l'intéressé de retrouver une meilleure qualité de vie et une capacité de travail, raison pour laquelle il a préconisé une réévaluation après dix-huit mois.

Selon lui, la réadaptation à un travail de bureau, n'impliquant pas d'efforts de concentration ou d'attention trop soutenus, serait exigible à raison de 25% dès janvier 2013 si l'état de santé psychique évoluait comme prévu. Le traitement restait difficile et complexe et les chances de réussite difficiles à évaluer car la pathologie du recourant était lourde et avait évolué depuis plusieurs années.

21. Par écriture du 21 août 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Se référant à l'avis de la Dresse K_____, du SMR, il soutient que le diagnostic d'état de stress post-traumatique, début retardé, n'existe pas dans la CIM-10 et qu'il ne peut dès lors être retenu comme invalidant.

22. Le 25 octobre 2012, le recourant a produit un certificat établi par le Dr J_____ en date du 23 octobre 2012, dans lequel ce médecin confirme ses diagnostics et précise que le syndrome de stress post-traumatique retardé est reconnu par le DSM-IV R (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et discuté par les spécialistes de la question.
23. Par courrier du 7 mai 2013, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise psychiatrique et leur a accordé un délai pour se déterminer sur les questions et le choix de l'expert.
24. Par courrier du 23 mai 2013, l'intimé a indiqué n'avoir aucune observation particulière sur le choix de l'expert et sur les questions qui lui seraient soumises.
25. Le 17 juin 2013, la Cour de céans, au vu des contradictions entre les conclusions de la Dresse H_____ (trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec symptômes somatiques en rémission depuis décembre 2010, trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, non décompensé et troubles mentaux liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue, sans répercussions sur la capacité de travail) et celles du Dr J_____ (état de stress post-traumatique avec début retardé, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, entraînant une totale incapacité de travail, étant précisé qu'une reprise du travail à 50% dans un délai d'un an et demi serait toutefois envisageable si l'état de santé évoluait comme prévu), a ordonné une expertise psychiatrique (ATAS/599/2013), qu'elle a confiée au Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
26. Le Dr L_____ a rendu son rapport d'expertise le 23 septembre 2013.

Ce rapport se base sur l'étude du dossier mis à sa disposition, sur cinq consultations menées en août 2013, sur les résultats d'un auto-questionnaire destiné à évaluer la structure de la personnalité, sur la lecture de travaux consacrés à l'état de stress post-traumatique (ci-après : ESPT) - particulièrement à la forme avec survenue différée - et sur un entretien téléphonique avec le docteur G_____, psychiatre traitant.

Après une anamnèse détaillée et les données subjectives de la personne (description des plaintes de l'assuré), l'expert a expliqué avoir évalué la symptomatologie d'ESPT systématiquement à l'aide de la Clinician Administered PTSD Skale (CAPS) et avoir ainsi observé des symptômes qu'il a listés de la manière suivante :

critères B (reviviscence) : sentiment récurrent d'être en situation de danger, cauchemars fréquents (deux fois par semaine) se rapportant à des scènes de guerre, rappel de l'atmosphère de la guerre, d'événements et/ou de

situations de guerre lors de l'exposition à une ambiance bruyante - qui peut être insupportable et provoquer des symptômes marqués (forte tension psychique, tremblements, dyspnée, boule dans la gorge) ;

critères C (évitement et émoussement des affects) : évitement marqué des images pouvant rappeler les événements traumatiques ou de conversations s'y rapportant, évitement de situations impliquant des contacts rapprochés avec d'autres personnes, perte d'intérêt pour des activités autrefois appréciées (musique, voyages, parapente et deltaplane), sentiment d'être devenu étranger aux autres, détaché, indifférent, perte de la capacité à ressentir des émotions ou des sentiments, anesthésie affective, impression d'être sans avenir ;

critères D (hyperéveil) : troubles de la continuité du sommeil, difficultés à se concentrer, hypervigilance, impression d'être toujours sur ses gardes ou sur la défensive, réactions de sursaut pouvant entraîner un geste agressif (l'assuré a recommandé à son fils de ne pas arriver silencieusement derrière lui).

L'expert a brièvement relevé que, sur le plan physique, l'assuré signalait des problèmes respiratoires (syndrome obstructif), aggravés par son état psychologique, un syndrome d'apnées du sommeil appareillé, ainsi que des acouphènes.

Les évaluations psychométriques ont révélé d'importantes altérations de la personnalité. A cet égard, l'expert a expliqué que l'assuré obtenait un score extrêmement élevé, très nettement supérieur à la norme statistique, dans la dimension « évitement du danger » et un score significativement inférieur à la norme dans la dimension « autodétermination ». Il a expliqué que ces données psychométriques reflétaient l'intensité de la symptomatologie anxieuse (angoisses, peurs, évitements, fatigabilité, pessimisme et repli sur soi), la perte du sentiment de maîtrise et de conduite de sa vie, la perte de la capacité à se fixer des buts et à les atteindre. Les autres déviations par rapport à la norme étaient moins marquées, mais l'expert a néanmoins relevé un score bas dans la dimension « recherche de la nouveauté ».

Objectivement, l'expert a dit avoir observé un patient orienté dans tous les modes, ne présentant ni trouble de la vigilance, ni signe d'intoxication, avec une attitude générale et un contact adéquats et une très bonne coopération. Il a relevé une expression anxieuse, inquiète, accablée, un ralentissement psychomoteur marqué, des efforts pour rassembler ses souvenirs, un relâchement de l'attention en fin d'entretien, des signes de fatigue et d'inconfort (sudation, tension interne perceptible). Il a souligné l'absence totale de tendance à l'exagération des symptômes ou d'attitude démonstrative. Il a relevé que le débit était lent, le discours cohérent et sans anomalie, entrecoupé de pauses. L'expert a également observé des troubles de la mémoire épisodique et une difficulté à rester concentré plus d'une heure et encore, au prix d'un effort important.

Finalement, l'expert a retenu les diagnostics suivants : selon la CIM-10, modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe et trouble dépressif récurrent épisode actuel léger à moyen et, selon le DSM-IV, état de stress post-traumatique avec survenue différée et trouble dépressif majeur, récurrent, léger à moyen.

L'expert a rappelé qu'entre l'âge de 22 et 24 ans, l'assuré a été soldat dans l'armée israélienne durant une période de conflit armé, peu avant et pendant la guerre du Liban, qu'il a participé à des combats dans lesquels son intégrité physique a été menacée et qu'il a vécu plus de deux ans dans le danger et la peur permanente. Il a gardé des séquelles psychiques de cette expérience traumatisante : des symptômes de stress post-traumatique sont présents depuis cette époque, sous une forme restée longtemps « sub-syndromique » (ce qui signifie que les symptômes n'atteignaient vraisemblablement pas un seuil de gravité permettant de poser un diagnostic d'ESPT). Il souffrait de manifestations de reviviscence (cauchemars) et avait adopté des comportements d'évitement de tout ce qui pouvait lui rappeler les expériences traumatisantes de la guerre. A Genève, l'assuré s'est investi de manière excessive dans le travail et a connu une certaine réussite professionnelle, mais n'a pas développé de relations d'amitié. Il s'efforçait de dissimuler son mal-être psychologique, de donner le change. Après un échec matrimonial, il s'est retrouvé dans une situation d'isolement affectif et social, conséquence fréquente de l'ESPT, ce qui en a aggravé la symptomatologie. Cela a favorisé également la survenue d'épisodes dépressifs s'accompagnant d'angoisses sévères et l'altération progressive de la personnalité de l'assuré, en amplifiant le repli sur soi, l'émoussement des affects, le détachement, le désinvestissement des relations interpersonnelles et la perte d'intérêt pour des activités autrefois appréciées.

L'évaluation psychométrique des traits de personnalité a confirmé les importantes perturbations mises en évidence par l'investigation psychopathologique. L'expert a expliqué que le score extrêmement élevé de la dimension « évitement du danger » traduisait la présence permanente et envahissante d'un sentiment de peur et d'insécurité. Ces symptômes anxieux sont liés à l'exposition prolongée à des situations de guerre et de combats et se sont amplifiés progressivement pour devenir invalidants depuis une dizaine d'années. D'autres changements sont survenus dans la personnalité de l'assuré : sa curiosité, son intérêt pour autrui et pour le monde ont diminué, sa vie affective et émotionnelle s'est restreinte et appauvrie, alors que sa personnalité native était marquée par le goût de la découverte et de l'aventure partagée, comme en témoigne son immigration en Israël et son engagement dans un kibboutz. Enfin, le score très bas de la dimension « autodétermination » traduit la perte du sentiment de maîtrise de sa vie et de la capacité à conduire son existence selon ses buts et intentions.

L'expert a expliqué que le développement de la psychopathologie s'était fait en plusieurs temps : l'assuré a connu pendant ses années d'activité professionnelle une forme « sub-syndromique » d'ESPT, ne présentant vraisemblablement pas tous les

symptômes requis pour poser ce diagnostic. A l'époque, il avait beaucoup d'énergie et parvenait à ne pas se laisser perturber par des symptômes qu'il considérait comme des signes de faiblesse. En 1994, cet engagement excessif a conduit à un burn-out et à une interruption temporaire de son activité professionnelle. Puis sont survenus, dans un contexte de conflit conjugal, des troubles psychiques plus sévères (état dépressif avec épuisement, perte de l'élan vital, anhédonie, fortes angoisses, etc.) conduisant à un arrêt de travail définitif.

L'expert a expliqué que le diagnostic d'état de stress post-traumatique avec survenue différée était le plus approprié car il rend compte de l'essentiel du tableau clinique, alors que celui de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe ne prend en considération qu'un aspect limité de la symptomatologie (il n'inclut ni la forte composante anxieuse ni les éléments dépressifs).

Quant au diagnostic de dépression récurrente épisode actuel léger à moyen, il doit également être retenu en raison du tableau clinique et de l'anamnèse : la récurrence de phases dépressives plus ou moins sévères est en lien avec l'ESPT, qui constitue le diagnostic principal.

L'expert a encore précisé que l'assuré ne souffrait de dépendance ni à l'alcool, ni aux drogues, ni aux médicaments, étant précisé que s'il a consommé longtemps du cannabis, il était désormais totalement abstiné.

L'expert a indiqué ne pouvoir évaluer séparément les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail, d'une part parce que la dépression doit être tenue pour une conséquence de l'ESPT, d'autre part en raison du fait que de nombreux symptômes sont communs aux deux troubles. Les troubles psychiatriques dans leur ensemble se traduisent par une symptomatologie polymorphe, affectant diversement la capacité de travail de l'assuré. Celle-ci est considérablement réduite par l'anergie, la fatigabilité physique et psychique, la perte d'élan vital, le manque de confiance en soi, l'impossibilité de maintenir plus d'une heure un niveau de concentration efficace, les troubles attentionnels et mnésiques, ainsi que les bouffées d'angoisse. S'y ajoutent une forte tension interne, le sentiment diffus et permanent de peur et de menace, le mal-être ressenti en présence d'autrui et le risque de réaction agressive imprévisible, ainsi que les comportements d'évitement.

L'expert en a tiré la conclusion que les troubles psychiatriques actuels entraînaient une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle (directeur de vente et/ou de marketing en micro-informatique), laquelle implique un niveau d'énergie élevé, de bonnes capacités d'attention et de concentration, un fonctionnement mnésique préservé, ainsi que des compétences relationnelles. L'expert a en revanche estimé qu'une activité adaptée (c'est-à-dire n'exigeant qu'une concentration limitée, permettant les pauses, ne sollicitant que peu la mémoire, aussi bien la mémoire de travail que la mémoire à long terme, impliquant des relations interpersonnelles très réduites dans une ambiance peu stressante) serait théoriquement exigible à 50%, étant précisé que même à ce taux, le rendement ne pourrait être optimal, du fait de

la symptomatologie mentionnée précédemment et du ralentissement idéique et moteur. A cet égard, l'expert a suggéré la mise sur pied d'un stage d'évaluation afin de déterminer quelle activité pourrait répondre à cette description.

S'agissant de l'évolution de l'état de l'assuré dans le temps, l'expert a indiqué que si la symptomatologie strictement dépressive était peut-être moins sévère qu'elle n'avait pu l'être à certaines périodes, les troubles spécifiquement liés à l'ESPT ne s'étaient pas amendés et leurs conséquences délétères étaient toujours marquées.

L'expert a estimé que l'on pourrait attendre une amélioration partielle de la capacité de travail si les symptômes d'hyperéveil, de fatigabilité se réduisaient, si les capacités de concentration s'améliorent et si les symptômes de reviviscence et d'évitement diminuent également.

S'agissant de l'expertise de la Dresse H_____, l'expert a déclaré être en désaccord sur plusieurs points. Tout d'abord, s'agissant des diagnostics retenus, puisque la Dresse H_____ n'a pas noté celui d'ESPT. A cet égard, l'expert a expliqué que c'est un diagnostic difficile, nécessitant une anamnèse longue et délicate, d'autant plus que les traumatismes subis sont anciens. Par ailleurs, l'expert a également contesté le diagnostic de « trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, expliquant que les symptômes relevant d'un trouble de la personnalité étaient caractéristiques, non de ce diagnostic, mais de celui de de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ». En particulier, l'instabilité émotionnelle, de même que les réactions de colère ou d'agressivité, étaient à mettre sur le compte de l'ESPT ; par ailleurs, les principaux critères caractérisant la personnalité borderline (instabilité dans les relations interpersonnelles ou alternance d'idéalisation-dévalorisation dans la représentation d'autrui, perturbation de l'identité ou de l'image de soi, comportement autodommageable, sentiment chronique de vide ou d'ennui, etc.) manquaient. L'expert a relevé que ce désaccord quant aux diagnostics se traduisait par une divergence quant à la capacité de travail de l'assuré, elle-même consécutive aux limitations attribuées aux symptômes associés à l'ESPT.

En revanche, l'expert a indiqué que son investigation l'avait amené aux mêmes diagnostics que le Dr J_____ et aux mêmes conclusions que ce dernier quant à la totale incapacité à exercer l'activité habituelle. Des divergences subsistaient quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert judiciaire l'évaluant à 50%, alors que le Dr J_____ ne l'estimait qu'à 25%.

Pour le reste, l'expert a encore expliqué que la possibilité de survenue différée d'un ESPT est très largement admise par les spécialistes et a donné toutes les explications nécessaires à cet égard.

Enfin, il a émis un pronostic réservé au vu de l'évolution clinique défavorable, de la prise en charge spécialisée très tardive, précisant toutefois que le traitement spécifique entrepris depuis plus d'un an, associé à un traitement psychopharmacologique optimal, pourrait permettre à l'assuré de retrouver une

capacité de travail plus importante dans une activité adaptée, mais qu'il restait très peu probable qu'il soit capable d'assumer à l'avenir une activité professionnelle aussi exigeante psychiquement que celle qu'il exerçait auparavant.

27. Par écriture du 2 octobre 2013, le recourant a pris acte de cette expertise et a indiqué n'avoir aucune remarque à ajouter.
28. Par écriture du 25 novembre 2013, l'intimé s'est déterminé à son tour et a estimé, après avoir soumis le rapport d'expertise au SMR, qu'il ne saurait emporter la conviction en raison de lacunes et d'incohérences, tant au niveau des diagnostics retenus que des conclusions relatives à la capacité de travail.

A cet égard, l'intimé a fait valoir que la latence entre les événements traumatiques et le début des troubles réactionnels était bien trop longue pour reconnaître un ESPT, d'autant que l'assuré avait travaillé durant ce laps de temps. Certes, le DSM-IV prévoit une forme de stress post-traumatique caractérisée par sa survenance différée et ne limite pas la période qui sépare l'événement traumatique et la survenance du trouble. Mais l'intimé ajoute qu'il n'applique pas le DSM-IV, mais la CIM-10, qu'il considère comme « déterminante pour la démarche diagnostique dans le cadre d'une expertise asséurologique mandatée dans le cadre d'un litige en matière d'assurance sociale ». Or, selon celle-ci, la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois tout au plus.

Par ailleurs, l'intimé a estimé que le status clinique était bref et insuffisamment détaillé.

En définitive, il a conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

29. Invité à se déterminer sur les critiques faites par l'intimé à l'encontre de son rapport, le Dr L_____ s'est exprimé en date du 17 mars 2014.

En premier lieu, il a expliqué avoir formulé les diagnostics psychiatriques dans les termes et selon les critères de la CIM-10, mais également du DSM-IV parce qu'il considère que ces derniers sont plus précis et plus complets en ce qui concerne l'ESPT. Qui plus est, ils reflètent mieux l'état clinique de l'assuré. Le Dr L_____ reconnaît que les deux classifications divergent sur un certain nombre de points dans leur manière de décrire et de conceptualiser l'ESPT. En substance, il a expliqué que le diagnostic selon la CIM-10 n'inclut pas certains symptômes typiques d'un ESPT, symptômes présents chez l'assuré, comme il l'a développé dans son rapport. Ce problème ne se pose pas si l'on recourt au DSM-IV, car ce manuel diagnostique reconnaît l'existence d'état de stress post-traumatique de survenue différée et, en cas d'évolution chronique du trouble, n'oblige pas à renoncer au diagnostic d'ESPT au profit de celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

L'expert a réitéré qu'à son avis, au vu de l'anamnèse approfondie, de son examen clinique et de la prise en compte des données subjectives de résumé, l'assuré souffre d'un ESPT de survenue différée et d'évolution chronique.

Au médecin du SMR qui prétend que « seul le diagnostic correspondant aux critères de la CIM-10 doit être considéré pour se prononcer sur le droit à des prestations AI », l'expert répond qu'il n'a pas de commentaire à apporter s'agissant d'une pratique de l'AI. Il ajoute néanmoins que le fait que la survenue différée du trouble ne soit pas reconnue par cette pratique ne saurait l'amener à méconnaître son existence clinique chez l'assuré, dont il fait remarquer qu'il est actuellement pris en charge par un spécialiste de ce trouble, qui lui administre un traitement se focalisant sur la symptomatologie spécifique de l'ESPT. Enfin, l'expert a relevé que l'existence d'une forme d'ESPT à survenue tardive est parfaitement documentée par de nombreux travaux publiés dans la littérature médicale.

S'agissant du Clinician Administered PTSD Skale, l'expert explique qu'il ne s'agit pas d'une échelle psychométrique et qu'il ne l'a pas utilisé pour fonder son diagnostic, mais pour passer en revue de manière systématique et exhaustive les manifestations de l'ESPT chez l'assuré, *une fois le diagnostic posé* (c'est l'expert qui souligne).

Par ailleurs, l'expert a confirmé être en total désaccord avec le diagnostic de trouble borderline retenu par le SMR car aucun élément clinique ou anamnestique n'autorise à ce jour, selon lui, à poser ce diagnostic, qui ne s'applique en rien à l'assuré puisque celui-ci n'a jamais présenté les caractéristiques cardinales du trouble borderline que sont les efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés, l'instabilité dans les relations interpersonnelles avec alternance entre des positions d'idéalisation et de dévalorisation d'autrui, la perturbation de l'identité, la répétition de comportements auto-dommageables ou de gestes suicidaires, la labilité affective avec changements rapides d'humeur, le recours à des mécanismes de défense tels que la projectivité, ou l'émergence de manifestations psychotiques transitoires dans des situations de stress. En revanche, tous les éléments cliniques définissant une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe sont présents chez l'assuré et se sont développés progressivement dans les suites, proches et lointaines, de traumatismes de guerre répétés. Ils présentent des spécificités qui les distinguent clairement du trouble borderline avec lequel ils ne sauraient être confondus, ainsi que cela a été décrit dans le rapport d'expertise.

Enfin, l'expert a précisé qu'une compliance à un traitement pharmacologique et psychiatrique était exigible, d'autant que l'assuré en ressent la nécessité et qu'il continue à être suivi par deux psychiatres, les Drs J _____ et G _____.

30. Par écriture du 2 avril 2014, l'assuré a indiqué se référer aux rapports des Drs L _____ et J _____ s'agissant de la dégradation de son état de santé et de la diminution de sa capacité de travail conséquente.

31. Par écriture du 28 avril 2014, l'intimé a quant à lui persisté dans sa position en se référant à l'avis de son SMR.

Celui-ci relève que le Dr C_____, en 2002, parlait d'un trouble de la personnalité présent depuis l'adolescence et s'étonne dès lors que le Dr L_____ n'ait pas mis en évidence de trouble psychiatrique durant l'enfance ou l'adolescence de l'assuré, qu'il a pourtant décrit comme s'étant déroulée dans une ambiance familiale délétère avec un comportement indiscipliné à l'école, puis un départ en Israël dans un kibboutz et une participation à la guerre en Israël. Le SMR estime que ces éléments parlent en faveur d'un trouble de la personnalité avec impulsivité.

Le SMR soutient que le diagnostic d'ESPT ne peut être retenu et relève que la compliance aux médicaments et l'abstinence au cannabis n'ont pas été contrôlés par des dosages sanguins.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ - E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. Est litigieuse en l'espèce la limitation du versement de la rente entière d'invalidité au recourant au 28 février 2011.
4. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en

raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

5. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

7. 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 LPG), 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 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

-
8. Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références).

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

L'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

9. Il convient de rappeler que reste seule litigieuse à ce stade de la procédure l'évolution de l'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail à compter de décembre 2010. En l'espèce, il convient donc d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est effectivement amélioré au point que, d'une totale incapacité de travail depuis octobre 2008, il aurait recouvré une pleine capacité à exercer une activité dès décembre 2010.

Force est de constater que le seul médecin à avoir conclu à une telle amélioration est la Dresse H_____. Celle -ci a estimé que la symptomatologie dépressive, grâce à une prise en charge adéquate, s'était progressivement améliorée jusqu'à disparaître. Le médecin du SMR a toutefois totalement omis d'envisager la situation de l'assuré sous l'angle de l'ESPT, pourtant retenu par le Dr G_____ et confirmé tant par le Dr J_____ que par l'expert judiciaire.

A cet égard, on constatera que c'est plus une question de doctrine que d'évaluation médicale à proprement qui oppose ces différents médecins.

Le SMR - avec la Dresse H_____ - soutient qu'une atteinte, pour être reconnue, doit être diagnostiquée selon la CIM-10 et que le DMS-IV ne ferait pas autorité en matière de « conflit assécurologique ». Cet argument ne résiste pas à l'examen.

A cet égard, il apparaît utile de rappeler que jamais le Tribunal fédéral n'a opéré une telle distinction. Selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose précisément la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (cf. notamment arrêt 9C_815/2012 consid. 3 ; ATF 130 V 396 consid. 6.3 p. 403; 131 V 49 consid. 1.2 p. 50).

Or, tel est bien le cas en l'occurrence. Ce ne sont pas moins de trois psychiatres - le Dr G_____, psychiatre traitant, mais aussi le Dr J_____, spécialiste en matière d'ESPT et l'expert judiciaire - qui ont conclu à l'existence d'un ESPT invalidant, avec des nuances quant à l'ampleur de l'incapacité de travail en découlant. Tous les médecins spécialistes ont ainsi estimé unanimement que cette atteinte entraînait une réduction de la capacité de travail au-delà de décembre 2010 -puisque l'expert L_____ retient une capacité de 50% - étant précisé qu'il faudrait encore y ajouter une baisse de rendement - et le Dr J_____, une capacité réduite à 25%.

C'est le lieu de relever que le rapport d'expertise du Dr L_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, plusieurs entretiens avec le recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction, contrairement à ce que soutient l'intimé. En effet, l'expert a dûment argumenté ses conclusions, expliquant de manière convaincante pour quelles raisons il préférerait se référer en l'occurrence au DMS-IV, en quoi consiste l'atteinte du recourant, pour quelles raisons il convient d'admettre qu'elle s'est manifestée avec un certain temps de latence et quelles sont ses conséquences en termes de capacité de travail. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par l'expert judiciaire rejoint les conclusions du Dr J_____, lequel a également livré un rapport détaillé.

On relèvera également que le Dr L_____ a répondu de manière détaillée aux reproches formulés par l'intimé et de façon telle à emporter la conviction de la Cour de céans, expliquant, une fois encore, pourquoi il avait préféré se référer au DSM-IV et de quelle manière il avait posé ses diagnostics.

Force est donc de constater que l'avis de la Dresse H_____ quant à une prétendue amélioration de l'état de santé de l'assuré fin 2010 est tout à fait isolé et démenti par plusieurs spécialistes, aux termes de rapports détaillés et convaincants.

La seule divergence entre les Drs J_____ et L_____ porte sur la capacité de travail résiduelle mais est finalement moindre puisque le premier conclut à une capacité de 25% alors que le second envisage un 50% dont il souligne toutefois qu'il s'agit d'un taux tout à fait théorique, qu'il ne serait envisageable que dans une activité n'exigeant ni concentration soutenue ni mémoire - même de la mémoire de travail -, permettant d'éviter les relations interpersonnelles et toute ambiance stressante. Et même dans ces circonstances idéales, il faudrait tenir compte d'une

diminution supplémentaire de rendement, en raison, notamment, des ralentissements idéique et moteur constatés.

10. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

11. En l'occurrence, même en admettant - en adoptant l'hypothèse la plus optimiste - que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail de 40% (50% - 10% de baisse de rendement) dans une activité adaptée, force est de constater que la comparaison entre le revenu qu'il pourrait obtenir dans son activité d'informaticien - soit CHF 106'596.- (8'883.- par mois selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA1, 62-63) - et celui qu'il pourrait espérer dans une activité simple et répétitive exercée à 50% et compte tenu d'une baisse de rendement de 10% - soit CHF 23'525.- (40901.- par mois, selon ESS 2008 TA1) -, conduit à un degré d'invalidité de 77.93%, suffisant pour sauvegarder son droit à une rente entière d'invalidité.

Ainsi, en l'absence d'amélioration avérée survenue en décembre 2010, la rente entière d'invalidité accordée au recourant doit être maintenue au-delà du 28 février 2011.

Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, sera admis.

Le recourant, obtenant gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 al. 1 let. d et g LPG).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière au-delà du 28 février 2011.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 6'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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