

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/454/2010

ATAS/969/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 août 2012

8<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur E\_\_\_\_\_, domicilié à Onex, représenté par APAS-  
Association pour la permanence de défense des patients et des  
assurés

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant; Christine LUZZATTO et Luc  
ABBE-DECARROUX, Juges assesseurs**

---



### **En fait**

1. Par décisions des 1<sup>er</sup> février et 8 mars 2002, confirmées après révision le 14 mars 2006, l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a accordé à E\_\_\_\_\_ une rente entière à compter du 1er janvier 1997.
2. Se fondant sur une expertise psychiatrique du Dr L\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2009 (excluant toute pathologie psychiatrique et admettant une pleine capacité de travail), l'OAI a supprimé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision (décision du 2 février 2010).
3. Par arrêt du 2 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui : la Cour de justice, Chambre des assurances sociales) a admis le recours formé par l'assuré le 8 février 2010.
4. Par l'arrêt du 24 août 2011 (9C\_76/2011), le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à l'autorité de céans pour complément d'instruction, singulièrement mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il a considéré, d'une part, que l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ était dénuée de valeur probante, et d'autre part, qu'il existait un nombre suffisant d'indices (ie : consultation très occasionnelle de son psychiatre traitant par l'assuré, malgré son isolement social et son trouble dépressifs apparents ; résorption apparente de sa grave insuffisance pondérale) laissant supposer que les troubles affectant l'assuré ne revêtaient plus, désormais, un degré de gravité identique à celui qui avait justifié l'octroi d'une rente entière d'invalidité, en février 2002, date du point de départ pour la comparaison des faits pertinents sous l'angle de la révision.
5. Par ordonnance du 17 octobre 2011, l'autorité de céans a chargé le Dr M\_\_\_\_\_ de procéder à ladite expertise, contenant en particulier une anamnèse détaillée et une analyse du processus à l'origine du retrait social de l'assuré.
6. Dans son rapport d'expertise du 9 décembre 2011, le Dr M\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble schizotique (F21). Dès l'adolescence et probablement jusqu'à la trentaine, l'expertisé avait présenté un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, lequel avait ensuite viré en trouble schizotique. La capacité de travail sur le plan psychiatrique était nulle depuis au moins 1996, date de son effondrement ; l'expertisé n'avait plus retrouvé de capacité de travail résiduelle suffisante pour être exploitée depuis lors. L'expertisé présentait une intolérance « au stress du temps et à la pression de performance », des difficultés d'intégration sociale, une intolérance face aux conflits, un manque de confiance en soi sur le plan des compétences professionnelles et sociales avec incapacité à se projeter dans une perspective professionnelle, une tendance à

l'absentéisme en rapport avec la labilité émotionnelle, une incapacité à prendre sa place et à se délimiter, une sensibilité du registre schizoïde allant jusqu'à des troubles de la perception une structuration de la pensée défaillante, avec tendance à la digression (rapport, pp. 18 et 19, réponses n° 4 et 6). L'incapacité de travail relevait exclusivement de l'affection psychiatrique, laquelle se trouvait selon toute probabilité en lien avec l'histoire de vie de l'expertisé et les situations psychosociales et émotionnelles auxquelles il avait été exposé. Lors de la décision (initiale) de l'OAI de février 2002, la capacité de travail était nulle en rapport avec son trouble de la personnalité, et non pas en rapport avec un éventuel trouble dépressif récurrent, diagnostic qui ne reflétait qu'un aspect symptomatique dans le cas de l'expertisé et non pas son dysfonctionnement profond. Cette situation était restée inchangée au fil des ans, malgré la stabilisation clinique suffisante de l'expertisé sur le plan de l'humeur, notamment grâce au suivi par les Drs P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ et grâce au cadre existentiel rassurant procuré par l'Hospice général, puis par la rente AI. Le trouble de l'expertisé avait été correctement traité par l'instauration d'un tel cadre peu envahissant et ne justifiait pas l'administration de médicaments, ni une psychothérapie plus intense ; l'expertisé aurait d'ailleurs probablement mal supporté de telles intrusions, alors qu'il présentait déjà une vulnérabilité face aux influences extérieures du fait de son fonctionnement schizoïde. Le dysfonctionnement schizoïde ne pouvait pas être amélioré pas un traitement. Les entretiens de soutien chez le même psychiatre depuis plus de dix ans semblaient contribuer à sa stabilisation psychique. En l'absence de décompensation anxieuse, dépressive ou psychotique, un traitement médicamenteux n'était pas indiqué. Sous l'angle de la capacité de travail, le pronostic était mauvais dans le sens qu'il persistait une incapacité de travail complète dans un circuit non protégé.

7. Par courrier du 9 janvier 2012, le recourant s'est rallié aux conclusions de du rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_.
8. Dans son avis du 24 janvier 2012, le Service médico-régional de l'AI (SMR) a estimé que l'expert n'avait pas « vraiment » répondu à la question du « Tribunal fédéral, à savoir s'il y a une amélioration de l'état de santé ; pour l'expert, celle-ci n'a pas lieu d'être, expliquant le passage d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile à un trouble schizotypique. Toutefois les éléments de preuves qui nous faisaient penser à une amélioration de l'état de santé, comme l'a retenu le Dr L\_\_\_\_\_, n'ont pas été évoqués. Pire (sic), le Dr M\_\_\_\_\_ n'explique pas de manière exhaustive les raisons qui lui font s'écarter de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_. Le Dr L\_\_\_\_\_, lui, ne retenait pas d'atteinte incapacitant avec une amélioration de l'état de santé et maintenant le Dr M\_\_\_\_\_ retient un trouble schizotypique ce qui induit un nouveau doute supplémentaire, puisqu'il s'agit d'un nouveau diagnostic jamais posé, ni par les experts ni par les psychiatres traitants et médecins auparavant ».

9. Se ralliant à cet avis, l'OAI, dans ses déterminations du 13 février 2012, a estimé que l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ ne revêtait pas pleine valeur probante, motifs pris du défaut de diagnostic d'un trouble de la personnalité schizotypique entre l'âge de 35 ans et 53 ans, de divergences entre le Dr M\_\_\_\_\_ et le Dr L\_\_\_\_\_ quant à l'existence ou non de troubles de la perception relevant de psychose, de l'absence de diagnostic de dépendance (ou à tout le moins d'utilisation) à une substance psychotrope (l'expertisé ayant admis consommer à nouveau du cannabis depuis qu'il avait perdu sa rente AI après une abstention de plus de 10 ans), dont le caractère primaire ou secondaire devait par ailleurs être précisé, le cas échéant. En outre, une anamnèse quotidienne succincte (« l'expertisé n'a pas d'activité structurée. Il lit, médite, s'occupe de lui-même ») empêchait de se faire une idée de l'impact des plaintes alléguées par le recourant sur son fonctionnement journalier.
10. Dans son complément d'expertise du 29 février 2012, le Dr M\_\_\_\_\_ a précisé qu'un trouble schizotypique impliquait généralement l'évitement de relations investies et durables, si bien que l'expertisé limitait la relation avec son médecin. Vu les contacts espacés entre ce dernier et son psychiatre et l'absence d'enjeu pratique sur le plan du traitement, il n'était pas étonnant que toute la symptomatologie indiquant un lien précaire avec la réalité n'ait pas donné lieu à un diagnostic à part. Si l'expert L\_\_\_\_\_ n'avait pas constaté que l'expertisé vivait dans un monde impliquant d'autres perceptions que celles admises scientifiquement, cela s'expliquait peut-être, par le fait que le Dr L\_\_\_\_\_ n'avait pas su créer un climat de confiance suffisant avec l'expertisé pour que ce dernier lui donne accès à un vécu assez intime. Il (le Dr M\_\_\_\_\_) n'avait par ailleurs pas retenu de diagnostic du registre des dépendances, dès lors que ce diagnostic était à son avis sans aucun rapport avec la capacité de travail en l'occurrence ; le cas échéant, la dépendance au cannabis revêtirait un caractère secondaire, vu le parcours familial et personnel chaotique de l'expertisé dès son enfance. Même si l'état de santé de l'expertisé s'était amélioré depuis l'octroi de sa rente (n'étant plus dénutri, ne paraissant pas dépressif et ne présentant plus une détresse extrême), son fonctionnement psychique restait perturbé et n'était pas compatible avec une réinsertion professionnelle. Sa dépression sévère de 1996, comme plusieurs points saillants dans le passé de l'expertisé, devaient être compris non pas simplement comme les causes de son incapacité de travail, mais surtout comme les conséquences de son dysfonctionnement psychologique et relationnel au long cours ; l'expertisé évoluait complètement en solitaire, la pauvreté de son quotidien correspondait à la fragilité de son sentiment d'identité et à ses mécanismes de défense psychique lui faisant éviter toute confrontation à des personnes réelles ; davantage que des plaintes alléguées (peu nombreuses), l'impact de la maladie sur le quotidien ressortait mieux des limitations retenues dans le rapport d'expertise (réponses n° 4 et 6). Enfin, il serait erroné sous l'angle médical de vouloir imposer à l'expertisé

un traitement psychiatrique plus intense, l'expertisé n'était pas moins malade parce qu'il n'était pas en traitement plus intense ; ce qui était réellement important, dans ce cas, était le maintien du lien entre le psychiatre et son patient, au long cours.

11. Par avis complémentaire du 22 mars 2012, le SMR a formulé les griefs suivants quant aux conclusions de l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ : ce dernier s'était prononcé davantage comme psychiatre praticien que comme psychiatre expert ; avait fait preuve d'une interprétation parfaitement subjective de la prétendue inaptitude du Dr L\_\_\_\_\_ à instaurer un rapport de confiance au lieu d'émettre l'hypothèse « d'une période où l'assuré était parfaitement rétabli sur le plan psychique » ; n'avait pas classé les dépendances « dans des affections classées comme Z et qui n'auraient pas d'influences sur la capacité de travail » ; n'avait pas répondu de manière précise à la question du caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie de l'expertisé (laquelle « n'était pas la même que sur le plan médico-juridique. Celle-ci a été clairement établie par le tribunal fédéral et on s'attendrait à ce qu'un expert judiciaire pour la Cour de justice des Assurances sociales, en fasse l'explication selon des critères clairement établis et selon le cadre dans lequel il procède à une expertise ») ; avait écarté à tort l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ concluant à l'absence de maladie psychiatrique invalidante, alors qu'il aurait dû se prononcer sur cet aspect-là en fonction de l'anamnèse et du status mis en évidence par le Dr L\_\_\_\_\_ ; avait émis un pronostic ne tenant pas compte de l'amélioration de l'état de santé constatée par le Dr L\_\_\_\_\_ et par lui-même ; en outre, l'isolement total lié, par le Dr M\_\_\_\_\_, a une maladie totalement incapacitante pouvait relever « d'un mode de vie de l'assuré qui pourrait tout de même être compatible avec certaines activités » ; au vu du peu de plaintes de l'expertisé, « nous ne comprenons pas pourquoi il y aurait tellement de répercussions sur le quotidien ». Quant au fait que l'assuré évitait de voir son psychiatre durant 6 mois, « il pourrait tout à fait s'agir d'une amélioration de l'état de santé qui (ne) nécessiterait des consultations que tous les 6 mois ». Enfin, dire qu'un traitement ne servait à rien était totalement discordant avec le fait que lorsqu'il s'était vu octroyer une rente, l'assuré avait un suivi psychiatrique et un traitement.

12. Dans ses observations complémentaires du 27 mars 2012, l'OAI a fait valoir que l'absence de lien de confiance entre un expert et un assuré ne pouvait pas être considérée comme un élément permettant de diminuer la valeur probante d'un rapport d'expertise, « bien au contraire ! ». Le rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ était incomplet, dans la mesure où l'expert avait éludé à tort le diagnostic de dépendance au cannabis, quand bien même considéré comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité. De plus, l'expert n'avait pas expliqué de manière convaincante pour quelles raisons la toxicomanie présentée par l'assuré devait être considérée comme secondaire, ni pourquoi elle n'aurait pas de conséquence sur la capacité de travail ; à cet égard, « le parcours familial et

personnel chaotique de l'expertisé dès son enfance » n'autorisaient pas encore à penser que ces événements avaient conduit à la naissance d'une comorbidité psychiatrique, « qu'elle soit ou non d'une gravité telle qu'elle était susceptible d'influer sur la capacité de travail de l'assuré ». Enfin, le Dr M\_\_\_\_\_ s'était abstenu sans raisons valables de procéder à une analyse complète de l'avis divergent de l'expert L\_\_\_\_\_.

13. Dans ses déterminations complémentaires du 25 avril 2012, le Dr M\_\_\_\_\_ a relevé qu'il existait un malentendu relativement à la notion de confiance, dès lors qu'il n'était pas question, ici, de la différence entre médecin traitant et médecin expert, mais bien de discuter de la qualité de la relation entre un expert et l'expertisé : ainsi, lorsqu'un expertisé ne sentait pas pris en compte d'entrée de jeu ou se sentait agressé, il ne livrait pas les éléments nécessaires à la compréhension de sa situation. Dans le cas de l'expertisé, la consommation de cannabis n'était qu'accessoire et ne constituait pas une utilisation nocive pour la santé justifiant un diagnostic F12.1 selon la CIM-10. Il n'était pas davantage pertinent d'émettre un diagnostic de type de syndrome de dépendance (F12.2) chez une personne qui avait été abstinente durant 10 ans. L'expertisé avait eu un développement psycho-affectif perturbé dans le contexte d'un vécu familial et social chaotique qui avait précédé la consommation de drogue ; le trouble de la personnalité qui avait résulté de ce développement entravait la capacité de travail ; la consommation de drogue faisait alors partie du cortège des symptômes et troubles du comportement qui étaient inhérents à sa pathologie et correspondaient ainsi à une toxicomanie secondaire. En l'occurrence, l'expert (Dr M\_\_\_\_\_ ) ne s'était pas prononcé en tant que psychiatre praticien dans le sens psychiatre traitant, mais en tant qu'expert en psychiatrie clinique et non en tant que psychiatre théoricien ; le fonctionnement très particulier de type schizoïde de l'expertisé était une symptomatologie au long cours dont on ne pouvait pas admettre qu'elle n'ait pas existé à la période où l'expertisé avait été vu par le Dr L\_\_\_\_\_, ce fonctionnement n'était pas lié à un état aigu, mais correspondait à l'organisation profonde de sa personnalité, insuffisamment structurée ; la consommation de cannabis n'était pas significative ; si l'expert ne s'était pas étendu sur l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, c'est parce qu'il n'en avait compris ni la structure, ni le raisonnement appliqué à ce travail. Malgré l'amélioration sous forme d'une stabilisation de l'état psychique, il persistait une vulnérabilité psychique et un dysfonctionnement qui maintenaient l'expertisé en incapacité de travail complète ; ce que le SMR appelait « mode de vie » correspondait (en réalité) au fonctionnement d'une personnalité souffrant d'un trouble schizotypique ; l'expertisé bénéficiait d'un équilibre psychique stabilisé, mais bancal depuis de nombreuses années qui pourrait se maintenir aussi longtemps qu'il n'y avait pas de nouveaux facteurs de stress particulièrement importants. Dans son mode de vie actuel, il n'avait pas de plaintes ; une mise en situation de travail créerait toutefois un stress qu'il ne serait pas capable de gérer et provoquerait une décompensation

aiguë. Par ailleurs, toute position d'expert impliquait une part de subjectivité. Enfin, on pouvait très bien être malade sans suivre de traitement et l'on n'était pas obligatoirement moins malade lorsqu'on en suivait un.

14. Dans son avis du 21 mai 2012, le SMR (Dresse N \_\_\_\_\_) a indiqué qu'il ne disposait d'aucun élément laisser penser que le Dr L \_\_\_\_\_ n'avait pas été empathique, et a laissé ouverte la question de savoir si le Dr M \_\_\_\_\_ n'avait pas été, quant à lui, trop empathique. Et d'ajouter : « le Dr M \_\_\_\_\_ reconnaît qu'il avait un doute sur la première expertise, son expertise est donc forcément trop empathique. Je propose une nouvelle expertise neutre ! ».
15. Par avis du 22 mai 2012, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il a estimé que les points soulevés par le SMR dans ses précédents avis étaient de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr M \_\_\_\_\_, dont l'expertise ne pouvait ainsi se voir reconnaître pleine valeur probante.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).
3. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale ordonnée par l'administration ou le juge, 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

Enfin, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a).

En l'occurrence, la Chambre de céans n'a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire du Dr M\_\_\_\_\_ (et de ses compléments des 29 février et 25 avril 2012), lesquelles revêtent pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée. En effet, cette expertise répond en tous points au mandat d'expertise, contient une anamnèse complète et prend en compte les plaintes du recourant. Ses conclusions sont claires, cohérentes, exemptes de contradictions et motivées à satisfaction quant au diagnostic retenu et au taux de l'incapacité de travail – à savoir 100% dans toute profession, depuis février 2002 en tout cas. Certes, ce taux n'a pas fait l'objet, comme tel, d'une motivation spécifique. Sur ce point, l'appréciation de l'expert prend néanmoins appui sur un examen minutieux

---

des pièces médicales au dossier, ainsi que sur deux entretiens d'une heure avec l'expertisé, si bien que l'on est fondé à considérer que l'évaluation du taux d'incapacité n'a pas été émise à la légère. L'expert a en particulier expliqué que davantage que des plaintes alléguées (peu nombreuses), l'impact de la maladie sur le quotidien ressortait mieux des limitations retenues dans son rapport d'expertise (réponses n° 4 et 6), lesquelles correspondait au fonctionnement d'une personnalité souffrant d'un trouble schizotypique ; dans ce contexte, une mise en situation de travail créerait un stress que l'expertisé ne serait pas capable de gérer et provoquerait une décompensation aiguë. En outre, dans ses déterminations complémentaires des 29 février et 25 avril 2012, le Dr M\_\_\_\_\_ a répondu de manière convaincante aux critiques émises par le SMR et l'OAI. La réponse de l'expert à la question posée par le mandat d'expertise quant au degré de l'incapacité de travail apparaît comme « la quintessence logique » - et crédible en l'occurrence - du rapport d'expertise, notamment de sa partie consacrée à la discussion (cf. dans ce sens arrêt I 143/03 du 26 mai 2003, consid. 3.4, citant Alfred Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, PJA 1999 p. 573), dans laquelle l'expert relève par ailleurs que l'intéressé a perdu son autonomie économique « il y a au moins une vingtaine d'année » et qu'il a bénéficié d'une rente AI « durant 15 ans ».

C'est le lieu de rappeler que la fixation de la gravité d'un trouble psychiatrique est, par essence, toujours le fruit de l'exercice du pouvoir d'appréciation (cf. arrêt 9C\_54/2009, consid. 3.2). Il s'ensuit que la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, comme le requiert le SMR, ne serait justifiée que dans l'hypothèse où des éléments objectivement vérifiables - et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise - auraient été ignorés par l'expert. Or, ni l'office intimé, ni le SMR n'ont avancé d'élément médical objectif, ni d'argument convaincant, permettant de contredire le diagnostic et les conclusions du rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_, ou ses observations complémentaires ; le SMR n'a du reste pas véritablement contesté le diagnostic de trouble schizotique, respectivement son caractère totalement invalidant, se limitant pour l'essentiel à formuler des hypothèses d'ordre général ou à procéder par pétition de principe (cf. avis du 22 mars 2012, p. 2, ad points n° 6 et 8 ; du 21 mai 2012). A cet égard, tant l'OAI que le SMR semblent reprocher au Dr M\_\_\_\_\_ de s'être écarté des conclusions et considérations contenues dans le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, lequel n'aurait pas fait preuve de « partialité lors de cette expertise » [cf. not. avis du SMR du 24 janvier 2012, p. 2 ; du 22 mars 2012, p. 2, § ad. question n° 5 ; du 21 mai 2012, selon lequel « l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ était parfaitement claire ! » (sic)] . On rappellera, toutefois, que, dans son arrêt du 24 août 2011 précité, le Tribunal fédéral avait, au contraire, précisément considéré que le rapport d'expertise du docteur L\_\_\_\_\_ était dénué de valeur probante suffisante au regard de plusieurs éléments disqualifiants. En particulier, les conclusions auxquelles ce dernier avait abouti ne résultaient pas d'une discussion générale, où auraient été intégrés, dans une analyse globale cohérente, les

renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique ; en effet, Dr L\_\_\_\_\_ s'était contenté d'exposer les critères et caractéristiques d'un diagnostic donné et d'affirmer, sans procéder à une contextualisation, que l'assuré ne souffrait pas de ce trouble ; au surplus, à la lecture du rapport d'expertise, il se dégageait l'impression que la tâche de l'expert n'avait pas consisté en une présentation clinique, neutre et distanciée, du cas de l'expertisé. Il s'ensuit que, contrairement à ce qui semble admettre l'office intimé et le SMR, le Dr M\_\_\_\_\_ n'était nullement lié par le contenu et les conclusions du rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, ni, a fortiori, tenu d'expliquer pourquoi il s'en était écarté.

Dans ce contexte, et contrairement à l'opinion du SMR (avis du 24 janvier 2012), il importe peu que l'expert ait émis un diagnostic différent de celui du psychiatre traitant (trouble schizotique au lieu de trouble dépressif récurrent). Du reste, non seulement ce dernier s'est, par la suite, montré moins catégorique sur ce point (n'excluant lui-même pas que son diagnostic n'ait pas été totalement « convenient » : cf. courrier du Dr O\_\_\_\_\_ du 2 mars 2010), mais encore, il a expressément évoqué, lors d'un entretien téléphonique du 29 novembre 2011 avec le Dr M\_\_\_\_\_, une problématique abandonnique allant précisément dans le sens d'un fonctionnement schizoïde ou anxieux-évitant. Au demeurant, comme l'a exposé de manière convaincante le Dr M\_\_\_\_\_, le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne reflétait qu'un aspect symptomatique dans le cas de l'expertisé, et non pas son dysfonctionnement profond. En tout état, on rappellera qu'en matière d'assurance-invalidité, les répercussions sur la capacité de travail d'une atteinte à la santé importent plus que la qualification de cette atteinte (cf. ATF 132 V 65 consid. 3.4).

A noter encore que, contrairement à ce qu'a retenu le SMR dans son avis du 24 janvier 2012, l'expert a dûment pris en compte l'amélioration de l'état de santé de l'assuré après que celui-ci ait été mis au bénéfice d'une rente AI en février 2002 (rapport d'expertise, p. 17 ; complément du Dr M\_\_\_\_\_ du 29 février 2012, p. 2, § 5). Le Dr M\_\_\_\_\_ a toutefois estimé que le fonctionnement psychique de l'expertisé restait incompatible avec une réinsertion professionnelle. De plus, il est inexact d'affirmer que l'assuré avait un traitement médicamenteux lors de l'octroi de sa rente (avis du SMR du 22 mars 2012), puisque ce dernier ne bénéficiait alors que de séances de psychothérapie (cf. rapport du Dr O\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2000). Les considérations du SMR relatives à l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage apparaissent ainsi hors de propos.

Enfin, les considérations du SMR relatives au prétendu défaut de partialité du Dr M\_\_\_\_\_ (cf. avis du 21 mai 2012) apparaissent difficilement compréhensibles, voire contradictoires. Au reste, l'appréciation d'un expert comporte inévitablement une composante subjective propre à l'institution expertale (cf. arrêt 9C\_876/2010 du 19 mai 2011, consid. 2.3.1), comme l'a rappelé à juste

titre le Dr M\_\_\_\_\_ dans ses déterminations du 25 avril 2012. Partant, en tant que les critiques portent sur la valeur probante de l'expertise, elles doivent être écartées.

4. Partant, force est de constater que, depuis la décision de l'OAI du 1<sup>er</sup> février 2002, l'état de santé de l'assuré ne s'est pas amélioré au point de recouvrer une capacité de travail.
5. Eu égard aux considérants qui précèdent, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée. Le droit du recourant à percevoir une rente d'invalidité entière doit être maintenu.
6. Obtenant gain de cause, le recourant, représenté par l'APAS, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 3'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; ATF 122 V 278, consid. 3e/aa).
7. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 1'000 fr. (tenant compte des frais de l'expertise mise en œuvre) est mis à la charge de l'office intimé, qui succombe.

**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 l'intimé versera au recourant 3'500 fr. à titre de dépens.
4. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OAI.
5. 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

Le président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

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