

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3098/2023

ATAS/23/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 janvier 2025

Chambre 15

En la cause

A_____

représenté par Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Yves MABILLARD et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1991, est arrivé en Suisse avec ses parents alors qu'il n'était âgé que de 9 mois. Il a fait un apprentissage de gestionnaire de commerce de détail dans le domaine de la chocolaterie entre 2009 et 2010, mais n'a pas obtenu de certificat.

b. Le 25 juin 2010, l'assuré a fait une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en vue d'une réadaptation professionnelle. Il souhaitait continuer son apprentissage de gestionnaire de commerce dans un autre domaine. Son médecin généraliste traitant, la docteure B_____ avait alors indiqué que son patient souffrait probablement d'un trouble dépressif avec état anxieux important et conversion hystérisiforme. Il était nécessaire qu'il poursuive un traitement médicamenteux et des séances de psychothérapie. L'atteinte à la santé ne justifiait pas d'incapacité de travail (rapport du 12 juillet 2010). Un examen neurologique avait été pratiqué par le docteur C_____, neurologue, dans la mesure où le patient s'était plaint de malaises avec perte de connaissance. L'examen neurologique avait permis de retenir tout au plus une scapula alata à droite (décollement de l'omoplate) (rapport adressé par le Dr C_____ à la Dre B_____ le 24 février 2010). Le docteur D_____, pneumologue, a, pour sa part, reçu l'assuré le 3 mars 2010 pour des tests du sommeil et a rejoint l'avis du Dr C_____ selon lequel les malaises dont se plaignait l'assuré n'étaient pas de nature épileptique. En revanche, l'assuré présentait une classe dentaire II associée à une discrète rétrognathie qui pouvaient contribuer à des hypopnées du sommeil. Une prothèse dentaire d'avancement mandibulaire devait lui être proposée (rapport du 9 mars 2010). Enfin, son psychiatre traitant, le docteur E_____, dans son rapport à l'OAI du 9 mai 2011, a indiqué qu'il ne retenait pas de diagnostic psychiatrique, hormis la dépression réactionnelle aux malaises-convulsions et aux conséquences psychosociales de ceux-ci (arrêt des études, de l'apprentissage, du sport, humiliations au travail), soit une symptomatologie dépressive réactionnelle non pathologique. Ce médecin a rapporté que sur une démarche spontanée du patient et du père de celui-ci en Serbie, le diagnostic d'épilepsie partielle avait été posé en février 2011 et un traitement instauré contre l'épilepsie (LAMOTRIGINE). Dès le mois d'octobre 2011, il n'y avait plus d'incapacité de travail (rapports du Dr E_____ des 9 mai 2011 et 18 février 2012).

c. À l'issue de l'instruction, l'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure de réadaptation professionnelle sous forme de formation professionnelle initiale (à l'école F_____) (décision du 9 juillet 2013).

d. Au cours de la mesure, l'école a allégé la formation suivie par l'assuré au vu de son manque d'endurance et de concentration. Sur demande de son service de réadaptation, l'OAI a décidé de mettre en œuvre un complément d'instruction médicale.

e. Le 21 décembre 2013, le Dr E_____ a indiqué qu'il retenait des symptômes anxieux-dépressifs depuis la reprise d'une formation et a jugé la capacité de travail à 50%.

f. Un examen neuropsychologique a été confié par l'OAI au docteur G_____ lequel a constaté d'un point de vue cognitif qu'il existait une capacité à se former en vue d'obtenir une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP), mais pas un certificat fédéral de capacité (CFC), dans une formation adaptée au faible niveau des acquisitions scolaires de l'assuré, notamment en français. La capacité de travail était de 100% avec un rendement normal dans des tâches adaptées, c'est-à-dire ne requérant pas une réactivité et une rapidité élevée.

g. L'OAI a ainsi octroyé une nouvelle formation initiale à l'assuré compatible avec l'instruction complémentaire (décision du 22 décembre 2014).

h. À l'issue de la mesure, l'assuré a obtenu son AFP de l'école F_____ et un stage aux EPI dès le mois de septembre 2015 (décision d'octroi de formation professionnelle initiale du 9 novembre 2015, décisions des 3 mai 2016, 11 août 2016, 6 février 2017).

i. Le 15 janvier 2016, l'assuré s'est blessé au genou et a été en arrêt de travail jusqu'au 28 janvier 2016, date où il s'est fait opérer aux HUG. La reprise du travail était possible deux mois après l'opération.

j. Le 9 mai 2017, l'orthopédiste traitant de l'assuré, le docteur H_____, a retenu une capacité de travail globale de 50% pour l'atteinte somatique au genou et les autres atteintes.

k. Interrogé par l'OAI sur l'état actualisé de l'assuré, le Dr E_____ a répondu le 14 juin 2017 que l'état de santé de son patient s'était amélioré. Sur le plan psychique, était observée une bonne évolution de la symptomatologie anxieuse et dépressive, ce qui contribuait à une légère amélioration de son état de santé, ainsi que de ses capacités socio-professionnelles et relationnelle. Le psychiatre rappelait que sur le plan psychiatrique son patient ne présentait pas de diminution de sa capacité de travail.

l. Le docteur I_____, spécialiste en neurologie, a reçu l'assuré et a indiqué, sur demande de l'OAI, que le patient était sujet à des malaises d'origine incertaine, le diagnostic reposant sur une épilepsie partielle ou des pseudo-crisés, et que sa capacité de travail était de 50% dès le 1^{er} août 2017. Le traitement au LAMOTRIGINE proposé par une neurologue en Serbie (Dre J_____) était considéré comme un excellent choix sur le plan comitial et de la stabilisation de l'humeur. Une IRM cérébrale pratiquée à Genève sur demande du Dr I_____ s'était avérée entièrement normale.

m. La mesure de formation professionnelle a été prolongée le 14 août 2017, puis le 21 septembre 2017 et le 5 février 2018.

n. L'OAI a décidé la mise en œuvre d'une expertise neurologique qu'il a confiée au docteur K_____, lequel a fondé son expertise sur le dossier, les déclarations de l'assuré et le résultat de l'examen neurologique pratiqué par ses soins. Ce dernier a pris connaissance et a rappelé la teneur de l'intégralité des documents médicaux et des mesures ordonnées par l'OAI avant de se prononcer sur le cas. L'examen clinique avait montré quelques éléments « bradyrythmiques » diffusément répartis sur les deux hémisphères, mais pas de franches figures épileptogènes, ce qui rejoignait les constatations faites jusqu'alors sur le plan neurologique par les médecins genevois. Au terme du bilan, l'expert a retenu que l'origine des malaises n'était pas épileptique. Il s'agissait de pseudo-crisés épileptiques d'origine dissociative chez une personnalité décrite par son psychiatre comme ayant des traits histrioniques et à tendances somatoformes. Il n'y avait pas sur le plan neurologique d'incapacité de travail, toute activité étant exigible à plein temps sans baisse de rendement. L'expert relevait également qu'il apparaissait évident que l'expertisé, de par sa structure de personnalité, était rapidement déstabilisé par ses difficultés à accomplir les tâches simples par rapport à ses collègues, ce qui entraînait fatigabilité et en conséquence une augmentation des crises, même si celles-ci n'étaient pas de nature épileptique, et de malaises répondant à des facteurs de décompensation psychique. Il estimait que si d'un point de vue neurologique, la capacité de travail était de 100%, en tenant compte des facteurs psychiques, cette capacité n'était que de 50%.

o. À l'issue des mesures de réadaptation, le service compétent a clos le mandat en indiquant que la capacité de travail était de 60% (rapport du 5 juin 2018).

p. L'assuré a dû être réopéré du genou droit le 9 janvier 2019. La docteure L_____, chirurgienne orthopédique, a attesté une capacité de travail de 50% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne dudit genou à partir de juin 2019.

q. Au vu de ces derniers événements, le SMR, sous la plume du docteur M_____, a retenu dans un avis du 9 avril 2019 que la capacité de travail de l'assuré était nulle entre le 9 janvier 2019 et le 8 juin 2019, puis de 50% dans les activités respectant les limitations d'épargne du genou (activité essentiellement assise, sans montée et descente d'escaliers), à partir du 9 juin 2019 (soit six mois après l'intervention).

B. a. Par projet de décision du 1^{er} octobre 2019 confirmé par décision du 11 novembre 2019, l'assuré a été mis au bénéfice de trois-quarts de rente d'invalidité fondé sur un degré d'invalidité de 60% dès le 1^{er} mai 2018, d'une rente entière fondé sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} avril 2019 et à nouveau de trois-quarts dès le 1^{er} septembre 2019 fondé sur un degré d'invalidité de 60%.

b. Le 29 juin 2021, l'assuré a sollicité la révision de sa rente, au motif que son état de santé s'était aggravé. Il sollicitait une rente à 100%.

c. L'OAI a procédé à une instruction et a, dans ce cadre, interrogé les médecins de l'assuré.

d. Le Dr H_____ a estimé la capacité de travail de l'assuré à 20% au maximum dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles d'épargne du genou droit dont l'état allait encore se péjorer (lettre du 27 avril 2021).

e. La Dre B_____ a quant à elle estimé l'incapacité à 100% et a également relevé que l'état de santé de son patient s'aggravait de jour en jour. Sur le plan somatique, en sus des gonalgies chroniques du genou droit, son patient souffrait de périarthrite aux hanches et avait été opéré d'une hernie inguinale des deux côtés le 3 octobre 2020 (rapport du 30 avril 2021).

f. Le SMR a jugé plausible l'aggravation de l'état de santé de l'assuré (avis du 23 février 2022).

g. Le 30 novembre 2020, l'assuré s'est marié. Il est devenu père de jumeaux, le 30 novembre 2021.

h. Interrogé par l'OAI, le psychiatre E_____ a indiqué que d'un point de vue psychiatrique, les diagnostics incapacitants étaient un épisode dépressif moyen F32.1 et un trouble mixte de la personnalité F61.0 (rapport du 30 avril 2022).

i. L'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologique, orthopédique, neurologique et psychiatrique). L'évaluation pluridisciplinaire n'a pas conclu à l'existence d'une atteinte neurologique ou psychiatrique. Les limitations fonctionnelles relevaient de la problématique somatique. Les crises de l'assuré apparaissaient stabilisées malgré une mauvaise compliance au traitement lequel était présenté comme efficace par l'assuré. Sur le plan psychiatrique, les plaintes de l'assuré et informations fournies par le psychiatre traitant pouvaient évoquer un trouble dissociatif ou une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, mais ne permettaient pas de retenir un trouble précis ni une sévérité des troubles suffisante. L'assuré conservait de bonnes ressources, maintenait et investissait sa relation et son rôle paternel, partait en vacances, conduisait sa voiture. Les experts n'ont pas relevé de modification de l'état de santé de l'assuré entre le dépôt de la demande de révision jusqu'au moment de l'examen réalisé.

C. a. Par projet de décision du 9 juin 2023, l'OAI a informé l'assuré que son droit à la rente allait être supprimé deux mois suivant la notification de la décision.

b. Le 6 juin 2023, le psychiatre traitant s'est dit surpris du projet de supprimer la rente, alors qu'il estimait que la capacité de travail de son patient était réduite de manière significative, de 50% à 75%.

c. Le SMR a rappelé que les experts s'étaient prononcés sur l'avis du psychiatre du Dr E_____ et avaient exposé pourquoi les diagnostics posés par ce dernier n'étaient pas retenus.

d. Par décision du 22 août 2023, l'OAI a supprimé la rente de l'assuré avec effet au premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. Il avait considéré que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que sa capacité de travail dans son ancienne activité d'employé de commerce était à nouveau entière dès le 1^{er} juin 2021 (début de la révision).

e. Le 5 septembre 2023, la Dre B_____ a répété les diagnostics incapacitants selon elle et le fait que son patient était en incapacité totale de travailler. Elle a joint un rapport du docteur N_____, chef de clinique auprès de la Clinique de la douleur.

D. a. Par acte de son mandataire posté le 25 septembre 2023, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre des assurances sociales) d'un recours contre la décision du 22 août 2023, en concluant à ce que la décision querellée soit annulée et qu'il lui soit accordé une pleine rente d'invalidité.

b. L'OAI a persisté dans sa décision et a conclu au rejet du recours.

c. L'assuré a répliqué et l'OAI dupliqué.

d. L'assuré a produit une nouvelle écriture le 1^{er} juillet 2024 et y a joint un rapport de la docteure O_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, pharmacologie et toxicologie clinique, spécialiste en douleur SPS, AFC en hypnose médicale et ancien médecin responsable du centre multidisciplinaire de la douleur aux HUG que l'assuré avait consulté le 12 avril 2024 pour des gonalgies chroniques et des lombosciatalgies à droite chroniques. Selon ce médecin, l'assuré présentait des douleurs musculosquelettiques chroniques secondaires à des modifications structurelles. À l'examen clinique, étaient retrouvés quelques signes d'un syndrome de Maigne. Des mécanismes de sensibilisation centrale s'étaient certainement installés avec le temps contribuant au maintien et au caractère rebelle des douleurs. La docteure a exposé ensuite que les douleurs liées à une sensibilisation centrale impliquaient une réorganisation anatomique et fonctionnelle au niveau de la moelle et du cerveau. Elles pouvaient être accompagnées par une anxiété et une dépression des symptômes de type douleur neuropathique, de la fatigue, et des répercussions cognitives négatives, ainsi qu'à une hypersensibilité à d'autres stimuli, par ex. auditifs ou visuels. Elle a précisé que le Dr I_____ qui avait examiné l'assuré avec un EEG lors d'une crise avait conclu devant la clinique et le tracé normal à des malaises et pseudo-crisés épileptiques d'origine fonctionnelle (lettre Dr I_____ du 13.10.23). La Dre O_____ ajoutait avoir bien spécifié à l'assuré qu'une amputation à but antalgique ou une automutilation de son membre inférieur droit dont il se plaignait seraient fortement susceptibles d'aggraver les douleurs. Elle avait relevé une vision pessimiste de son avenir physique, l'assuré s'attendait à une dégradation de sa santé. Du point de vue de la prise en charge médicamenteuse, elle avait précisé que la prise de tramadol 150mg (60 gtt) en une seule prise le rendait somnolent et

pouvait aussi diminuer le seuil de convulsion, en plus en association avec la lidocaïne. Comme le tramadol le soulageait que très moyennement et qu'il y avait une légère interaction avec le Lamictal (dépression centrale, troubles psychomoteurs), elle proposait de diminuer la posologie du tramadol retard à 100mg en laissant en réserve sous forme rapide 1 x 25 à 50 mg (10 à 20 gttes). Les perfusions mensuelles de lidocaïne le soulageaient partiellement environ 15 jours après la perfusion. En plus de la somnolence, il décrivait des actes irréflechis (achats compulsifs, sortie en état confus) qui nécessitaient le contrôle de sa famille. Il reliait ces effets aux médicaments. Ainsi, la docteure laissait le psychiatre, le Dr I_____, évaluer la poursuite de la LAMOTRIGINE (épilepsie et trouble bipolaire) et le Dr N_____ celle de la lidocaïne 1x/mois. Du point de vue de la prise en charge physique, elle avait souligné le bénéfice d'une mobilisation régulière adaptée pour éviter un déconditionnement ; selon les dernières études, une amélioration des douleurs chroniques. En effet, une revue Cochrane (Geneen LJ et al 2017) concluait que malgré la faible qualité des études, les preuves disponibles suggéraient que l'activité physique et l'exercice pouvaient améliorer partiellement les douleurs et la fonction physique, et par conséquent la qualité de vie. Ainsi, elle avait encouragé l'assuré à faire régulièrement du vélo d'appartement et une courte balade 2x/jour au parc près de chez lui. Du point de vue de la prise en charge psychologique, elle remarquait la diminution importante de tous les scores de qualité de vie et un épisode dépressif. Elle ne connaissait pas son diagnostic psychiatrique, mais remarquait qu'à part la LAMOTRIGINE qui pouvait être poursuivie en raison d'un trouble bipolaire, l'assuré n'avait pas mentionné l'essai d'un antidépresseur à but antalgique et thymique. Elle laissait le psychiatre évaluer la pertinence d'un antidépresseur une fois la posologie du tramadol diminuée, voire stoppée en prise systématique.

e. À l'issue de l'instruction écrite, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021 et que le droit litigieux porte sur la période postérieure au 1^{er} juin 2023, le recours est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

1.3 Interjeté en temps utile et devant l'autorité compétente, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit à la rente d'invalidité de l'assuré à partir du 1^{er} juin 2021 et singulièrement sur l'aggravation ou amélioration de l'état de santé du recourant dans le cadre d'une demande de révision.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

3.2 En l'occurrence, le litige porte sur le droit à la rente d'invalidité et son éventuelle quotité dès le 1^{er} juin 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4.

4.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

4.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis LAI).

4.3 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'article 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 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

4.4 Lors d'une nouvelle demande ou demande de révision, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Si l'administration accepte d'entrer en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner la cause quant au fond (examen matériel) et vérifier si la modification du degré d'invalidité alléguée par l'assuré s'est réellement produite; elle procédera alors d'une manière analogue à celle qui est applicable à un cas de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA (SVR 2011 IV n° 2 c. 3.2). Si elle constate que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié depuis la décision précédente passée en force, elle rejette la nouvelle demande. Sinon, elle examine d'abord si la modification constatée suffit pour admettre, cette fois, une invalidité ouvrant droit à une rente et rend une décision en conséquence. En cas de recours, la même obligation d'examiner l'affaire quant au fond incombe aussi au juge (ATF 117 V 198 c. 3a; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

4.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi 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 incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2021 IV n° 54 c. 2.3).

4.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en

présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

4.7 En l'occurrence, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour déterminer le droit à la rente du recourant dans le cadre de la procédure de révision de la rente, et a, sur la base de cette expertise, considéré que le recourant n'était plus invalide dès le mois de juin 2021, ce qui impliquait de supprimer sa rente avec effet deux mois après le prononcé de la décision litigieuse.

4.8 Le recourant conteste cette expertise et la décision en découlant.

5.

5.1 Il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise multidisciplinaire, sur lequel la décision attaquée est fondée.

5.2 Avant l'expertise et dans le cadre de la procédure ayant conduit à l'octroi d'une rente d'invalidité dès 2018, les éléments médicaux indiquaient que sur le plan psychiatrique, l'état de santé du recourant s'était amélioré et il était observé par le psychiatre traitant une bonne évolution de la symptomatologie anxieuse et dépressive, ce qui contribuait à une légère amélioration de l'état de santé et des capacités socio-professionnelles et relationnelles du recourant. Le psychiatre rappelait cependant que sur le plan psychiatrique son patient ne présentait pas de diminution de sa capacité de travail (rapport du Dr E_____ du 14 juin 2017). Sur le plan neurologique, le Dr I_____ estimait que l'assuré était sujet à des malaises d'origine incertaine, le diagnostic reposant sur une épilepsie partielle ou des pseudo-crisés, et que sa capacité de travail était de 50% dès le 1^{er} août 2017. Le traitement au LAMOTRIGINE proposé par la neurologue (Dre J_____) consultée à Belgrade était considéré comme un excellent choix sur le plan comitial et de la stabilisation de l'humeur. Une IRM cérébrale s'était avérée entièrement normale. Enfin, selon l'expert neurologue, l'origine des malaises n'était pas épileptique. Il s'agissait de pseudo-crisés épileptiques d'origines dissociative chez une personnalité décrite par son psychiatre comme ayant des traits histrioniques et à tendances somatoformes. Pour l'expert, il n'y avait pas sur le plan neurologique d'incapacité de travail, toute activité étant exigible à plein temps sans baisse de rendement. Cependant, il relevait qu'il apparaissait évident que l'expertisé, de par sa structure de personnalité, était rapidement déstabilisé par ses difficultés à accomplir les tâches simples par rapport à ses collègues, ce qui entraînait fatigabilité et en conséquence une augmentation des crises, même si celles-ci n'étaient pas de nature épileptique, et des malaises répondant à des facteurs de décompensation psychique. L'expert avait dès lors estimé que si d'un point de vue neurologique, la capacité de travail était de 100%, en tenant compte des facteurs psychiques, cette capacité n'était que de 50%. Sur le plan somatique, le SMR, se fondant sur les derniers rapports de la Dre L_____, avait retenu dans

un avis du 9 avril 2019 que la capacité de travail de l'assuré était nulle entre le 9 janvier 2019 (opération du genou) et le 8 juin 2019, puis de 50% dans les activités respectant les limitations d'épargne du genou (activité essentiellement assise, sans montée et descente d'escaliers), à partir du 9 juin 2019 (soit six mois après l'intervention). N'était pas retenue d'incapacité sur le plan psychique ou neurologique. Par décision du 11 novembre 2019, l'OAI a ainsi mis l'assuré au bénéfice de trois-quarts de rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 60% du 1^{er} mai 2018 au 28 février 2019, d'une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} avril 2019 (soit trois mois après le début de l'incapacité de travail totale due à l'opération du genou) jusqu'au 31 août 2019, et à nouveau de trois-quarts dès le 1^{er} septembre 2019 en se fondant sur un degré d'invalidité de 60%. Cette décision n'a pas été contestée par le recourant. Ce dernier a demandé une révision de sa rente, au motif de l'aggravation de son état de santé en juin 2021. À l'appui de pièces médicales nouvelles et en particulier de pièces en lien avec l'atteinte au genou et aux hanches, le SMR a considéré plausible l'aggravation de l'état de santé de l'assuré (avis du 23 février 2022).

5.3 L'expertise pluridisciplinaire devait déterminer si l'état de santé du recourant s'était aggravé comme il le soutenait. Elle est arrivée à la conclusion qu'il n'y avait pas eu de modification depuis la demande de révision en juin 2021, retenant ainsi implicitement une amélioration de la situation depuis la dernière décision (octroi d'une rente). Elle a mis en évidence les éléments suivants :

Après une synthèse et un résumé exhaustif des éléments médicaux du dossier, des plaintes de l'expertisé et des observations cliniques, les experts ont pris des conclusions qu'ils ont motivées individuellement en fonction de leurs spécialités et après avoir discuté des avis médicaux préexistants au dossier, et sont parvenus à une conclusion consensuelle reposant sur leurs avis concordants sur le cas analysé.

5.4 L'expert en charge de l'expertise neurologique a constaté l'absence de cause neurologique aux pseudo-crisés de l'expertisé. En cela, il a confirmé les éléments médicaux au dossier concernant les malaises investigués par de nombreux neurologues. L'expert a relevé à l'issue de la discussion avec l'expertisé que les malaises étaient moins fréquents depuis l'introduction du traitement antiépileptique (1 fois toutes les deux semaines, parfois plusieurs crises par jour, parfois aucune crise durant plusieurs mois). L'expert a retenu que du point de vue neurologique, la capacité de travail était et avait toujours été entière.

Ce premier volet de l'expertise concorde ainsi avec les avis précédemment exprimés quant aux crises ou pseudo-crisés et leur origine non neurologique et l'absence d'incapacité de travail fondée d'un point de vue neurologique.

5.5 L'examen psychiatrique clinique a révélé que l'expertisé était orienté au quatre modes, l'humeur était neutre, il pleurait brièvement quand il expliquait qu'il redoutait l'expertise psychiatrique, car il n'aimait pas s'ouvrir ou quand il a

évoqué le fait que ses parents s'attendaient à ce qu'il décède. Durant le reste de l'examen, l'expertisé était tonique, calme, serein, dynamique, souriant à plusieurs moments. L'attention et la concentration étaient stables et de très bonne qualité, sans trouble de la mémoire. Il n'y avait pas de tristesse, pas de crise de larmes, pas de ralentissement psychomoteur, pas de symptôme neurovégétatif observable en faveur d'un état anxieux. Les réponses étaient claires et cohérentes, le récit de vie était chronologique et structuré, il n'y avait aucune détresse quand l'expertisé évoquait ses douleurs qu'il décrivait comme insupportables, sans participation émotionnelle correspondant à cette description, sans détresse, sans anxiété, sans crise de larmes. Il ne rapportait aucun contexte de conflit émotionnel ou de problème psychosociaux suffisamment important pour être considéré comme la cause essentielle du trouble. Il n'y avait pas de trouble psychotique.

L'examen clinique ne retrouvait ni ralentissement psychomoteur ni tristesse pathologique ni symptôme neurovégétatif en faveur d'un état anxieux. Aucune pathologie psychiatrique incapacitante n'avait pu être mise en évidence. Les plaintes de l'assuré et les données de son psychiatre traitant pouvaient, tout au plus, évoquer un diagnostic d'autres troubles de l'humeur persistants (F34.8), troubles dont la durée ou l'intensité étaient insuffisantes pour poser un diagnostic d'épisode dépressif léger ou de dysthymie qui n'avaient aucun impact sur la capacité de travail. Aucune pathologie incapacitante n'était donc mise en évidence chez un assuré qui ne recevait aucun traitement à visé psychiatrique et dont le Lamictal était renouvelé, selon le rapport de son psychiatre traitant, pour des motifs purement neurologiques.

Les plaintes concernant les crises épileptiques alors que les rapports de plusieurs neurologues ne renaient pas ce diagnostic, l'absence de suivi neurologique et la prescription de LAMOTRACIDE par un psychiatre, la mauvaise compliance au Lamictal alors que ce médicament était présenté comme le remède qui avait sauvé l'assuré, l'ensemble de ces éléments pouvait faire évoquer un trouble dissociatif (F44) versus une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). En l'absence de troubles spécifiques de la personnalité, de comorbidité psychiatrique, au regard du caractère peu sévère des troubles (1 crise par semaine) et de la présence d'incohérences (mauvaise compliance au traitement), les critères jurisprudentiels de gravité ne sont pas réunis. Les présentations histrioniques décrites dans certains rapports et les plaintes de l'assuré pouvaient faire retenir le diagnostic Z73.1 d'accentuation de certains traits de la personnalité.

L'expert rappelait que l'assuré ne se reconnaissait pas dépressif, ne signalait aucune pathologie psychiatrique à l'origine de son incapacité à travailler et, il n'était retrouvé ni à l'examen clinique ni selon la description de la journée type, de limitation fonctionnelle concrète de nature psychiatrique.

L'expert a exposé pourquoi il s'écartait des autres diagnostics au dossier. Le SMR n'avait, en avril 2018, retrouvé aucune pathologie psychiatrique influent sur la

capacité de travail et un trouble mixte de la personnalité était retenu. L'expert ne retrouvait pas les définitions d'un trouble spécifique de la personnalité qui supposait la présence d'attitude et comportement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, mode anormal et profondément enraciné et clairement inadapté à des situations sociales très variées. L'assuré avait pour sa part un comportement adapté sur le plan familial et des relations harmonieuses avec son épouse, ses parents et le reste de sa famille. Il ne rapportait pas de comportement inadapté dans son fonctionnement au quotidien avec ses amis ou lors des stages. Les présentations histrioniques et les plaintes de l'assuré peuvent faire retenir le diagnostic Z73.1 d'accentuation de certains traits de la personnalité qui n'ont aucun impact sur la capacité de travail. L'assuré est suivi par le même psychiatre depuis 2011 qui, lors du rapport, ne posait que des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail que ce soit le diagnostic d'épisodes dépressifs légers, de troubles de l'adaptation ou de troubles persistants et qui, dans plusieurs rapports, ont considéré que les limitations fonctionnelles et les pertes de fonctionnalités en liens avec la capacité de travail était liée à des problèmes somatiques. Les experts partageaient ces diagnostics. Cependant, dans son dernier rapport, le Dr E_____ posait un diagnostic d'épisode dépressif moyen et un trouble mixte de la personnalité.

Les experts avaient développé les arguments qui expliquaient pourquoi ils ne pouvaient pas suivre le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité. Quant à l'épisode dépressif moyen, ils ne le renaient pas en exposant que lors d'un épisode dépressif, l'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances. Il est retrouvé, lors d'un épisode dépressif moyen, une humeur dépressive et une diminution de l'intérêt et du plaisir, une diminution de la concentration et de l'attention, des idées de culpabilité et de dévalorisation, des idées ou actes auto-agressifs, une perturbation du sommeil, une diminution de l'appétit. Les présentations histrioniques et les plaintes de l'assuré pouvaient les faire retenir le diagnostic Z73.1 d'accentuation de certains traits de la personnalité.

L'assuré ne rapportait ni trouble de l'appétit, ni trouble de la libido, il se plaignait de troubles du sommeil, mais aucun traitement inducteur du sommeil n'était prescrit depuis plusieurs années. Il ne décrivait pas de perte d'intérêt ou de plaisir chez une personne qui s'intéressait et se passionnait pour de nombreux sports et qui suivait de manière régulière ces activités sportives et se disait incollable au niveau des résultats. Lors d'épisode dépressif moyen, la personne a des difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères. Or, aucune difficulté de nature psychiatrique n'était décrite dans le descriptif détaillé de la journée type et l'assuré ne se reconnaissait pas comme dépressif. Ce diagnostic n'était donc pas partagé.

5.6 La divergence de diagnostics entre l'avis des experts et le dernier avis du psychiatre traitant repose ainsi sur un examen attentif des plaintes et des éléments au dossier. Il est très motivé et permet de comprendre la raison des conclusions

prises par les experts et les diagnostics posés par eux. Ce volet de l'expertise revêt ainsi une valeur probante incontestable. Il sied de relever par ailleurs que le psychiatre traitant n'a pas retenu de diagnostics psychiques incapacitant lors du prononcé de la décision de rente et dans le cadre de la révision.

Son avis du 30 avril 2022, s'agissant de l'incapacité du travail de son patient à hauteur de 75% semble se fonder sur des symptômes physiques douloureux et de malaise plus fréquent et non sur une atteinte psychique. Ce médecin a indiqué que la capacité de travail était six mois plus tôt de 50% et était ensuite réduite à 25%. Il a ajouté que les malaises étaient plus fréquents alors que le dossier démontre le contraire et le recourant lui-même a indiqué le contraire. En outre, le médecin explique que le patient présente une plus grande stabilité psychique, malgré une fragilité narcissique toujours présente. Sa dépréciation est moins forte, mais reste présente. Son rôle de père de famille semble être de ce point de vue un étayage important. Son patient présente des mécanismes de défense rigides et primaires pour se défendre face au manque ou à la tristesse afin de les rendre acceptables ou en tout cas dépassables. Ces éléments ont eux aussi été retenus par les experts, ce qui accroît la valeur probante de leur rapport. Par ailleurs, le psychiatre traitant retient une bonne observance thérapeutique, alors que les experts ont pu observer sur la base des examens réalisés que le dosage médicamenteux était inférieur à ce qui était attendu. Pour ces motifs, l'avis du psychiatre traitant ne permet pas de remettre en cause l'expertise sur le plan psychiatrique.

5.7 Sur le plan orthopédique, l'on rappellera que le SMR (Dr M_____) avait retenu une capacité de travail nulle pour toute activité du 9 janvier au 8 juin 2019, puis de 50% et seulement dans les activités respectant des limitations fonctionnelles à partir du 9 juin 2019, soit six mois après l'intervention (avis du 9 avril 2019). Dès le 1^{er} septembre 2019, le recourant avait droit à une rente, fondée sur un taux d'invalidité de 60%, soit trois-quarts de rente. Il s'agissait ainsi d'une invalidité tenant à l'aspect orthopédique. Selon des certificats médicaux du 19 février 2019 au 30 septembre 2020 de la Dre L_____ et du Dr H_____, le recourant était en incapacité totale de travailler du 19 février 2019 au 30 septembre 2020, mais ce dernier ne s'est pas opposé à la décision lui reconnaissant que trois-quarts de rente.

5.8 Quant à l'expertise, le volet orthopédique prend en compte les nombreuses plaintes de l'expertisé quant à ses douleurs chroniques, mais relève que s'agissant du genou, l'expertisé a été opéré en janvier 2019 et que les plaintes persistantes ne s'expliquent pas sur la base de l'examen clinique. Il relève que la Dre L_____ ayant opéré l'expertisé avait considéré que l'intervention avait été objectivement un succès. Il existait des dégâts cartilagineux fémoro-patellaires du genou droit. Il n'y avait aucune lésion retenue expliquant les douleurs coxo-fémorales de hanche. L'examen clinique était caractérisé par une très nette amplification des symptômes douloureux allégués par l'assuré face à une articulation du genou exempte d'épanchement, stable et pleinement mobile en flexion-extension. Il n'y avait pas

d'information divergente au dossier ressortant des différents spécialistes. Les plaintes actuelles n'étaient pas expliquées par les découvertes arthroscopiques et radiologiques du genou et de la hanche. Le traitement prodigué depuis 2016 face à une instabilité fémoro-patellaire D correspondait aux directives thérapeutiques reconnues. Les possibilités thérapeutiques avaient probablement été épuisées. On attendait à long terme à un possible développement d'une arthrose fémoro-patellaire droite. Il n'y avait pas d'autre mesure médicale ou chirurgicale à envisager. La chondropathie fémoro-patellaire ne contre-indiquait pas un emploi en position assise, sans grand déplacement et permettant l'alternance de position debout et assise. La capacité de travail en tant qu'employé de commerce demeurait donc, au niveau orthopédique, 100% exigible.

5.9 À l'appui de sa demande de révision, le recourant a fait parvenir un document médical le concernant du 20 avril 2021, établi par le Dr H_____, selon lequel son degré d'invalidité était de 80% et qu'il ne cesserait d'augmenter au fil des ans. Ce médecin ne voyait pas quel traitement futur serait à même d'inverser l'aggravation des lésions ostéoarticulaires présentées par le patient. Le dossier, en particulier l'avis du docteur H_____, a alors conduit le SMR à considérer qu'il existait une vraisemblable aggravation durable de l'état de santé de l'assuré (l'avis du 23 février 2022). Dans un avis du 7 octobre 2022 adressé dans le cadre de la révision à l'intimé, le Dr N_____, chef à la clinique de la douleur, a constaté une situation clairement chronique et difficile des douleurs, aggravées par la position debout et la marche. Le traitement par injection de PRP semblait perdre de son efficacité au fil du temps et l'atteinte du cartilage semblait également plutôt progresser.

5.10 Pour déterminer si le volet orthopédique de l'expertise a une valeur probante, il faut pouvoir comprendre le raisonnement de l'expert. En l'occurrence, ce dernier estime que la capacité de travail sur le plan orthopédique est entière depuis la demande de révision de juin 2021 et qu'il n'y a pas eu de modification de la situation. Il n'explique ainsi pas comment la capacité de travail du recourant qui était de 50% lors du prononcé de la décision d'octroi de la rente a augmenté à 100%. Pourtant, il était établi que la capacité de travail était de 50%, raison pour laquelle l'intimé avait estimé le taux d'invalidité, après comparaison des revenus avec et sans invalidité, à 60%. Faute d'explication sur cette amélioration de la santé du recourant, l'expertise sur le volet orthopédique n'est pas probante.

5.11 En revanche, le recourant a apporté des éléments médicaux dans le cadre de la révision pour exposer l'aggravation de son état sur le plan somatique. En effet, le Dr H_____ a exposé par deux fois son avis sur l'aggravation des douleurs liées à l'atteinte au genou et a dressé un pronostic sombre, dans la mesure où il estimait qu'il n'y avait plus de moyen thérapeutique à envisager et que l'état de santé allait progressivement s'aggraver. Son avis permet ainsi de comprendre et d'estimer la capacité de travail du recourant, à savoir 20%. L'expertise n'étant pas probante sur ce point et ne permettant pas de contester l'avis du chirurgien orthopédique de l'assuré interrogé par l'intimé, il y a lieu d'admettre que l'état de

santé du recourant a effectivement connu une aggravation et que sa capacité de travail est dès le 1^{er} juin 2012 de 20% dans une activité adaptée aux limitations retenues par les médecins. L'avis de la Dre B_____ (incapacité de 100%) ne saurait en revanche être suivi, dans la mesure où cette médecin associe les éléments physiques et psychiques pour obtenir une incapacité totale de travail alors que les médecins spécialisés en psychiatrie ne partagent cet avis.

5.12 Dans ces circonstances, la décision attaquée doit être annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants, soit un nouveau calcul du taux d'invalidité fondé sur une capacité de travail de 20% dans une activité adaptée et un nouveau calcul de rente.

5.13 Le recours est admis.

5.14 Le recourant a droit à des dépens qui seront fixé à CF 2'500.- à charge de l'intimé, lequel sera tenu de payer un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 22 août 2023.
4. Renvoie le dossier à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- au recourant à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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