

GE_GERICHTE ATAS/591/2016 vom 20. Juli 2016

GE Cour de justice, 2016-07-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_591_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/591/2016 du 20 juillet 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/591/2016 del 20 luglio 2016

Erwägungen

E. 6

Par arrêt du 23 juin 2008, le Tribunal fédéral a admis le recours de l'assuré, annulé l'arrêt du TCAS et la décision sur opposition de l'assureur LAA, et renvoyé la cause à celui-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le TF a jugé qu'il n'était pas établi que les suites de l'accident du 30 septembre 2003 ne jouaient plus de rôle dans l'état de santé de l'assuré après le 8 février 2005. Au regard de la complexité du cas, il s'imposait de procéder à un complément d'instruction sous forme d'une expertise médicale.

E. 7

Suite à la demande de prestations déposée par l'assuré le 28 septembre 2005, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a rendu un projet de décision aux termes duquel l'assuré avait droit à une rente entière du 1er septembre 2004 au 31 juillet 2005. À l'appui de sa décision, l'OAI retenait que la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 30 septembre 2003, cette date coïncidant avec le début du délai d'attente d'un an. Il ressortait de l'appréciation des médecins SMR que la capacité de travail

A/1331/2014 - 3/38 - de l'assuré en tant qu'aide-cuisinier était nulle en raison de l'atteinte à la santé. En revanche, rien ne l'empêchait d'exercer une autre activité plus légère physiquement, dès le mois d'avril 2005, sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. En procédant à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré, soit la comparaison des revenus réalisés avec et sans invalidité, un degré d'invalidité de 6% lui était reconnu. Ce taux était insuffisant pour maintenir le droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2005.

E. 8

Dans un courrier du 12 février 2008 adressé au conseil de l'assuré, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rappelé que l'état dépressif de l'assuré – qui se caractérisait notamment par une apathie, une perte de goût et d'intérêt pour quoi que ce soit, une fatigabilité et la verbalisation d'idées hypocondriaques – avait progressivement évolué et était toujours présent. Il s'avérait utile de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Dans une attestation du même jour, la Dresse D_____ s'étonnait que le SMR n'ait pas retenu, dans son rapport du 18 janvier 2008, que l'assuré se trouvait toujours dans un état dépressif moyen.

E. 9

Par détermination du 27 février 2008, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI du 25 janvier 2008. Il a requis de l'OAI qu'il calcule la rente AI depuis le mois d'avril 2005 sur la base d'une incapacité de travail totale dans son ancienne activité et dans une activité

adaptée et qu'il ordonne des mesures de réadaptation professionnelle sous la forme d'une prise en charge médicale adéquate en vue de lui permettre de retrouver sa pleine capacité de travail. À l'appui de sa détermination, il indiquait que les rapports du SMR se fondaient sur des constatations inexactes puisque les différents médecins qu'il avait consultés avaient considéré – contrairement au SMR – qu'il était inapte au travail depuis 2003 quelle que soit l'activité considérée, au vu notamment de ses problèmes orthopédiques, psychiatriques et d'anesthésiologie.

E. 10

Dans un avis médical du 2 avril 2008, la doctoresse E_____, médecin SMR, a estimé que les conclusions du rapport du SMR établi le 18 janvier 2008 étaient parfaitement fiables et expliquées, de sorte que l'OAI n'avait pas à s'en écarter. Le rapport de la Dresse D_____ du 12 février 2008, qui retenait un épisode dépressif moyen, ne concluait pas à une incapacité de travail liée à ce trouble psychique et n'apportait pas d'élément nouveau. Compte tenu de la présence possible d'un trouble somatoforme douloureux, un examen psychiatrique serait mis en œuvre. Une expertise psychiatrique ne paraissait pas nécessaire.

E. 11

Le 25 avril 2008, l'assuré a été soumis à un examen psychiatrique par le docteur F_____, médecin SMR. L'anamnèse psychiatrique permettait de constater une symptomatologie dépressive apparue en janvier 2006, ce qui avait motivé l'introduction d'un traitement médicamenteux à l'Efexor, dès mars 2006. Grâce à celui-ci, l'assuré avait ressenti une amélioration de sa volonté, de la force pour faire face à la situation et une stabilité émotionnelle, trois mois après l'introduction du traitement, de même qu'une stabilisation de l'état de santé psychique trois à quatre

A/1331/2014 - 4/38 - mois après le début du traitement chez la Dresse D_____ (août 2006), de sorte qu'une diminution du traitement de moitié avait été décidée dès juillet 2006, sans que l'état de santé psychique ne se péjore. Le Dr F_____ en concluait que l'assuré avait présenté un épisode dépressif d'intensité moyenne, avec syndrome somatique (d'après la définition de la CIM-10) sans répercussion sur la capacité de travail de longue durée. En effet, cet épisode avait duré de janvier à août 2006 et se trouvait en rémission. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait plus de limitation fonctionnelle. En outre, en ce qui concernait l'éventualité d'un trouble somatoforme douloureux, le Dr F_____ considérait que d'après la CIM-10, il n'était pas possible de retenir un tel diagnostic, compte tenu d'un processus physiopathologique pouvant expliquer les plaintes douloureuses, référence étant faite à l'examen clinique orthopédique du 5 octobre 2007 (pièce 39 intimé, p. 3-9). Invité à se prononcer sur l'existence et, cas échéant, la date d'une incapacité de travail de 20% au moins, le Dr F_____ a répondu que sur le plan psychiatrique, une telle incapacité était présente depuis janvier 2006. En revanche, depuis août 2006, la capacité de travail exigible était entière dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée.

E. 12

Par avis du 6 juin 2008, la Dresse E_____ a considéré que l'examen SMR du 25 avril 2008 – et le rapport clinique du 3 juin 2008 y relatif – n'avait mis en exergue aucune maladie psychiatrique incapacitante. Du reste, le médecin examinateur n'avait pas diagnostiqué de syndrome douloureux somatoforme. Il y avait certes quelques troubles compatibles avec une humeur dépressive d'accompagnement au syndrome douloureux, de sorte qu'il fallait admettre que l'assuré avait présenté un épisode dépressif d'intensité moyenne avec

syndrome somatique de janvier à août 2006, mais en raison de la rémission complète de celui-ci, l'assuré présentait une pleine capacité de travail exigible sur le plan psychique et somatique, dès septembre 2006. La Dresse E_____ retenait donc que l'assuré avait présenté une capacité de travail exigible totale du 15 avril 2005 au 31 décembre 2005, puis dès le 1er septembre 2006 dans toute activité adaptée.

E. 13

Par décision du 24 juillet 2008, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2004 au 31 juillet 2005 et du 1er janvier au 30 novembre 2006, vu notamment l'aggravation momentanée de sa capacité de travail résiduelle de janvier à fin août 2006, en raison de l'épisode dépressif d'intensité moyenne.

E. 14

Par arrêt du 24 août 2011 (ATAS/775/2011 ; entré en force), la chambre de céans a partiellement admis le recours interjeté par l'assuré contre la décision du 24 juillet 2008. Se fondant sur l'abondante documentation médicale au dossier, elle a jugé que les nombreuses contradictions ne lui permettaient pas de trancher de façon sûre la question de savoir si, et le cas échéant, à compter de quelle date l'intimé était fondé à supprimer le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire s'avérait indispensable. La décision de

A/1331/2014 - 5/38 - l'OAI a été annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.

E. 15

Par communication du 25 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il devait se soumettre à un examen médical approfondi (rhumatologie, orthopédie et psychiatrie) et lui a communiqué la liste des questions. L'assuré a complété les questions tout en proposant que l'expertise pluridisciplinaire soit effectuée par trois experts indépendants (orthopédie, psychiatrie et anesthésiologie).

E. 16

Par décision du 10 septembre 2012, l'OAI, se fondant sur un avis du SMR, a considéré qu'il n'y avait pas de motifs pour récuser l'expert. Aussi a-t-il maintenu l'expertise envisagée en la complétant toutefois par un volet neurologique. Selon le SMR, une expertise en anesthésiologie n'était pas indiquée.

E. 17

Par acte daté du 8 octobre 2012, l'assuré a interjeté recours. Il s'opposait à ce que l'expertise fût confiée à des organismes de l'assurance-invalidité et concluait à l'annulation de la décision querellée, l'intimé étant tenu de désigner deux experts indépendants et spécialistes en orthopédie et psychiatrie.

E. 18

Par arrêt du 5 décembre 2012 (ATAS/1474/2012), la chambre de céans a rejeté le recours, considérant que l'OAI avait correctement exécuté son arrêt du 24 août 2011, que l'assuré avait pu faire valoir ses droits de participation et que l'OAI avait pris en compte ses contre-questions. Pour le surplus, l'intimé avait également respecté la procédure, d'une part en informant le recourant du contenu de la mission, du fait que l'expertise serait confiée à un centre d'expertise selon le principe aléatoire, d'autre part en rendant une décision

incidente suite aux objections du recourant.

E. 19

Par arrêt 9C_75/2013 du 15 février 2013, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours interjeté le 25 janvier 2013 contre l'arrêt du 5 décembre 2012.

E. 20

Par communication du 28 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il devait se rendre prochainement au Centre d'expertise médicale (CEMED) en vue de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire comportant cinq volets distincts, soit : - médecine interne générale (docteur G_____); - neurologie (docteur H_____); - chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (docteur I_____); - psychiatrie et psychothérapie (doctresse J_____); - rhumatologie (docteur K_____, recte : docteur L_____).

E. 21

Après avoir reçu et examiné l'assuré les 12, 13 et 26 juin 2013 ainsi que le 11 juillet 2013, retracé son anamnèse et recueilli ses plaintes, les experts ont retenu dans leur rapport du 27 septembre 2013 que seul le diagnostic de gonarthrose bilatérale, prédominant à droite, présent depuis plusieurs années, avait une répercussion sur la

A/1331/2014 - 6/38 - capacité de travail. En revanche, ils ont estimé que les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail : - épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), dans un contexte réactionnel à des problèmes biopsychosociaux, évoluant depuis 2006 et ayant vraisemblablement un impact sur la capacité de travail depuis fin 2012 ; - trouble somatoforme, type somatisation (F45.0) depuis une dizaine d'années ; - spondylarthrose cervicale et lombaire (2004) ; - obésité de classe III. Sur un plan neurologique, l'assuré se plaignait de la persistance de rachialgies cervico-dorso-lombaires se compliquant de brachialgies bilatérales, de douleurs latéro-thoraciques bilatérales à prédominance droite, de douleurs sans caractère sciatalgique au niveau des membres inférieurs, avec une faiblesse globale de l'hémicorps droit. Après examen de l'assuré et de son dossier, l'expert neurologue a relevé que la description tout à fait atypique des troubles, les constatations cliniques et le contexte global ne permettaient pas de retenir avec probabilité ou certitude l'existence d'une participation neurologique aux plaintes et notamment l'existence d'une souffrance radiculaire ou médullaire que ce soit au niveau des membres inférieurs ou supérieurs. La hernie discale L4-L5, mise en évidence en 2004, était vraisemblablement une découverte fortuite, sans relation avec la symptomatologie, d'autant plus que la compression radiculaire semblait avoir été L5 à gauche et non L5 droite. Compte tenu de ces éléments, l'expert neurologue a considéré qu'il n'y avait pas de pathologie significative susceptible de représenter une cause d'incapacité de travail. D'un point de vue thérapeutique, un traitement quel qu'il fût n'était pas non plus indiqué, étant donné l'absence de pathologie significative objectivable. D'un point de vue rhumatologique, il n'y avait objectivement pas de limitation significative de la mobilité du rachis ou des membres, nonobstant l'obésité morbide et la présence de troubles statiques. Le bilan radiologique mettait en évidence des troubles dégénératifs sous forme de discopathies. Toutefois, ces découvertes étaient « bénignes et banales ». À l'examen clinique, il n'y avait pas de points algiques à la palpation typiques d'une fibromyalgie, même si l'assuré se plaignait de douleurs situées dans l'hémicorps droit en attirant l'attention de l'expert sur des zones douloureuses et en faisant des appuis assez forts, ce qui était en opposition avec le comportement des personnes souffrant de fibromyalgie, qui ne

tolèrent pas l'appui ou la palpation, de tels gestes étant douloureux. En conclusion, du point de vue rhumatologique, il n'y avait ni pathologie ni diagnostic permettant d'expliquer la symptomatologie douloureuse exprimée par l'assuré. Par conséquent, il n'y avait pas de raison de retenir une incapacité de travail. Sur le plan orthopédique, un peu moins de dix ans après le début d'une incapacité de travail prolongée due à son accident de travail du 30 septembre 2003, l'assuré présentait une réduction fonctionnelle de son genou droit ainsi qu'une gonarthrose

A/1331/2014 - 7/38 - débutante à gauche. Dans l'intervalle, il y avait eu un problème avant tout méniscal droit, traité par arthroscopie, avec des complications. Ainsi, il n'y avait jamais eu récupération d'un genou fonctionnel et indolore à droite. S'agissant de la réduction fonctionnelle de la cheville droite, le Dr I_____ a indiqué qu'elle n'avait pas de « traduction radiologique ». Après avoir relevé au passage la présence de troubles dégénératifs lombaires et cervicaux, l'expert a précisé que sur le plan orthopédique, il s'était fondé uniquement sur l'aspect radiologique récent des deux genoux, ajoutant que la gonarthrose bilatérale contre-indiquait une profession exercée principalement en position debout. En revanche, cette pathologie n'était pas un problème dans toute profession sédentaire permettant une alternance de positions de travail. D'un point de vue orthopédique, on pouvait dès lors estimer que la capacité de travail était complète en temps et rendement dans une activité adaptée dès fin 2005, soit après les deux arthroscopies pratiquées par le Prof. J_____ en février et mars 2005. Pour sa part, l'experte psychiatre a mentionné, d'une part, que les conclusions des somaticiens allaient dans le sens d'une absence d'explication objective à toutes les plaintes douloureuses exprimées par l'assuré et, d'autre part, que le monitoring thérapeutique montrait une très mauvaise observance. Les diagnostics retenus en 2008 par la Dresse D_____ étaient un état dépressif moyen suite à un accident et une intervention chirurgicale en 2003 ainsi que des troubles somatoformes. L'experte a relevé qu'il n'y avait pas eu d'incapacité de travail prescrite pour des raisons psychiatriques. Selon la Dresse J_____, le trouble somatoforme n'était pas associé à une comorbidité sévère et le trouble de l'humeur pouvait être qualifié d'intensité moyenne. L'assuré était non compliant actuellement. On ne pouvait pas retenir de processus maladie s'étendant sur plusieurs années. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, mais un isolement volontaire. Il n'y avait pas non plus d'état psychique cristallisé ou d'échec des traitements ambulatoires. Ainsi, la capacité de travail pouvait être considérée comme étant complète en temps et en rendement. Par ailleurs, l'experte a mis en exergue un possible impact des troubles psychiques diagnostiqués sur la capacité de travail depuis fin 2012 (pièce 128 intime, p. 33). À cet égard, elle a mentionné qu'un soir de décembre 2012, l'assuré avait tout préparé pour se tuer par veinosection et qu'actuellement, celui-ci disait ne toujours pas savoir ce qui l'en avait empêché (pièce 128 intime, p. 19). La Dresse J_____ a également indiqué, s'agissant de l'intensité du trouble dépressif, « qu'il semblerait que celui-ci [montrait] une légère amélioration depuis le mois de mars 2013 », mais qu'un suivi et un traitement psychiatrique adapté était recommandé et exigible. Elle a précisé que l'assuré ne voyait plus sa psychiatre, la Dresse D_____ depuis début 2013, qu'il ne prenait plus d'antidépresseur depuis mai 2013 et qu'il faisait preuve d'une observance thérapeutique très mauvaise au traitement par Abilify®, médicament qui avait été substitué à l'Efexor® en mai 2013 (pièce 128 intime, p. 19 et 36).

A/1331/2014 - 8/38 -

Par avis du 22 octobre 2013, la Dresse K_____, médecin SMR, a relevé qu'aux termes du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 septembre 2013, l'atteinte incapacitante se résumait à une gonarthrose bilatérale des deux genoux prédominant à droite, laquelle déterminait des limitations fonctionnelles qui n'étaient pas respectées dans l'activité de cuisinier et entraînait une incapacité de travail totale dans cette profession depuis l'accident de 2003. En revanche, les limitations retenues par les experts (absence de marche et de station debout de longue durée, absence de port de charge, de marche sur terrain inégal, de montées et descentes répétitives d'escaliers ou d'échelles) restaient compatibles avec une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée dès fin 2005, soit après la dernière arthroscopie du genou. Sur le plan somatique, les évaluations dans les différentes spécialités avaient permis d'écarter la présence d'une atteinte incapacitante en dehors de la gonarthrose. Ainsi, sur le plan neurologique et rhumatologique, les plaintes atypiques mises en avant ne s'inscrivaient pas dans le cadre d'une atteinte objectivable et étaient à mettre en lien avec le trouble somatoforme, type somatisation. Les critères de la fibromyalgie n'étaient pas remplis. Sur le plan psychiatrique, le médecin SMR a considéré que dans la mesure où l'assuré ne voyait plus sa psychiatre depuis début 2013, que le traitement antidépresseur avait été arrêté en mai 2013 et que l'observance thérapeutique prescrite était très mauvaise, on ne pouvait considérer que celui-ci souffrait d'une atteinte psychique grave et durablement incapacitante. En conclusion, elle a considéré que le rapport d'expertise du 27 septembre 2013 avait permis de préciser les atteintes, en ce sens que les douleurs rachidiennes apparaissaient sans fondement objectif et ne justifiaient pas de retenir des limitations fonctionnelles, celles-ci étant déterminées uniquement par les atteintes aux genoux. S'agissant de la date d'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée, il convenait de s'écarter de la date retenue par les experts, soit fin 2005, celle-ci ayant été fixée de manière médico-théorique. Selon le médecin SMR, une période de récupération de deux semaines après la dernière intervention arthroscopique de janvier 2005 aurait paru en soi appropriée. Toutefois compte tenu du long suivi médical, thérapeutique et physiothérapeutique qui s'était prolongé, on pouvait concevoir une période de récupération d'environ trois mois après la fibroscopie, de sorte que la reprise exigible d'une activité adaptée pouvait être fixée à début juillet 2005.

E. 23

Par projet de décision du 31 octobre 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1er septembre 2004 au 30 septembre 2005, considérant que dès le début du mois de juillet 2005, rien ne l'empêchait d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans qu'une nouvelle formation ou un complément d'information fussent nécessaires. Étant donné que le degré d'invalidité s'élevait à 6% dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée, l'octroi d'une rente au-delà

A/1331/2014 - 9/38 - du 30 septembre 2005 n'entrait pas en considération. Un droit au reclassement non plus.

E. 24

Par courrier du 28 novembre 2013, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, a relevé qu'en tant que la décision (recte : le projet de décision) du 31 octobre 2013 fixait la fin du droit à la rente au 30 septembre 2005, il existait une contradiction par rapport à la décision du 24 juillet 2008. Aux termes de cette dernière, l'assuré avait droit à une rente entière du 1er décembre 2004 au 31 juillet 2005 et du 1er janvier 2006 au 30 novembre 2006. Se

fondant notamment sur deux certificats récents des docteurs L_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neurale, et M_____, spécialiste FMH en médecine générale, médecine physique et réadaptation, faisant état d'une très lente atténuation des symptômes douloureux depuis 2005 (pièce 5 recourant), respectivement d'une suspicion d'un phénomène de « sensibilisation centrale » pouvant expliquer les douleurs de l'hémicorps droit (pièce 6 recourant), l'assuré a reproché à l'OAI d'avoir toujours refusé de le faire examiner par un spécialiste de la douleur. L'analyse médicale était partant incomplète et l'expertise pluridisciplinaire dépourvue de caractère probant. En conséquence, l'assuré invitait l'OAI à ordonner une expertise par le centre d'antalgie du Nord-Vaudois aux fins de déterminer à nouveau le taux d'invalidité à partir du 30 septembre 2005.

E. 25

Par arrêt du 23 décembre 2013 (ATAS/1303/2013), rendu dans la cause l'opposant à l'assureur LAA, la chambre de céans a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition du 22 novembre 2011 rendue par cet assureur, considérant que l'incapacité de travail justifiée par les suites de l'accident s'était poursuivie jusqu'au 8 février 2005, soit une semaine après la seconde arthroscopie. Quant à la souffrance psychique, il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre l'état dépressif moyen et l'accident du 10 septembre 2003. Le 13 février 2014, l'assuré a saisi le Tribunal fédéral d'un recours en matière de droit public contre cet arrêt.

E. 26

Par avis du 6 janvier 2013 (recte : 2014), le SMR a rappelé qu'un trouble somatoforme ou une fibromyalgie représentent « un état douloureux chronique diffus sans cause nociceptive périphérique démontrable » et qu'un tel diagnostic était donc évoqué lorsqu'aucun substrat organique objectif permettant d'expliquer l'intensité des douleurs ne pouvait être mis en évidence. Partant, si une expertise pluridisciplinaire comprenant des volets rhumatologique, orthopédique et neurologique avait été mise en œuvre, c'était précisément pour s'assurer qu'aucune atteinte organique réputée incapacitante au sens de l'AI et/ou pouvant être traitée lege artis n'était restée méconnue. S'agissant du phénomène de sensibilisation centrale évoqué le 13 mai 2013 par le docteur N_____ (pièce 138 intimé p. 9 et 10) puis relayé par le Dr M_____, le SMR a considéré qu'il ne renvoyait pas à une atteinte distincte du trouble somatoforme douloureux ou de la fibromyalgie mais y faisait directement référence. Par ailleurs, étant donné que la théorie du phénomène de sensibilisation

A/1331/2014 - 10/38 - centrale – qui, selon les publications spécialisées, se caractérise notamment par un abaissement du seuil douloureux et un syndrome polyalgique diffus – ne faisait toujours pas l'unanimité dans le monde médical et qu'elle n'identifiait pas, de surcroît, la cause des douleurs chroniques dans les cas de troubles somatoformes douloureux ou de fibromyalgie, les rapports récents des Drs N_____ et L_____ ne permettaient pas au SMR de modifier ses conclusions du 22 octobre 2013.

E. 27

Par décision du 25 mars 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du

E. 31

Par écriture du 13 août 2014, l'OAI s'est fondé sur un avis SMR du 11 août 2014. Il en ressort en substance que l'aggravation rapportée par le recourant était quoi qu'il en soit postérieure à la décision litigieuse. L'assuré en a conclu qu'il n'y avait pas lieu de

compléter les expertises à la lumière de la nouvelle atteinte au genou droit, l'état de fait déterminant ayant été arrêté au moment de la clôture de la procédure administrative.

E. 32

Par communication du 21 août 2014, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

E. 33

Par arrêt 8C_129/2014 du 21 janvier 2015, le Tribunal fédéral a très partiellement admis le recours interjeté le 13 février 2014 par l'assuré à l'encontre de l'arrêt rendu le 23 décembre 2013 dans la cause l'opposant à l'assureur LAA. Bien que la chambre de céans eût retenu dans les considérants de cet arrêt que le statu quo sine avait été atteint seulement le 8 février 2005 (et non le 24 mars 2004 comme indiqué dans la décision sur opposition querellée), elle avait omis de réformer la décision entreprise en tant qu'elle supprimait le droit aux prestations d'assurance à compter du 24 mars 2004. En conséquence, le Tribunal fédéral a réformé la décision de l'assureur LAA du 22 novembre 2011 et le chiffre 3 du dispositif de l'arrêt du

A/1331/2014 - 12/38 - 23 décembre 2013 en ce sens que le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-accidents était supprimé à compter du 8 février 2005.

E. 34

Le 25 février 2015, la chambre de céans a rendu une ordonnance d'expertise psychiatrique et commis à cette fin la doctoresse P_____, médecin adjointe au service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise (SPLIC) des HUG, sous la supervision de la professeure Q_____, cheffe de service. La chambre de céans avait considéré, à l'examen du rapport d'expertise du CEMED du 2 septembre 2013 que les conclusions des experts somaticiens apparaissaient claires, motivées et dépourvues de contradictions mais qu'il n'en allait pas de même du volet psychiatrique de cette expertise.

E. 35

Le 25 juin 2015, l'assuré a déposé une demande de révision de rente auprès de l'OAI en se fondant notamment sur un certificat médical du 20 novembre 2014, délivré par le Professeur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il en ressort que l'assuré souffrait d'un début de gonarthrose bilatérale. Selon l'assuré, cette situation justifiait une « nouvelle demande à l'invalidité ».

E. 36

Le 13 juillet 2015, l'OAI a transmis à la chambre de céans le courrier de l'assuré du 25 juin 2015 en précisant que cette demande de décision ferait l'objet d'une nouvelle décision une fois la procédure judiciaire en cours parvenue à son terme. En effet, le début de gonarthrose allégué était postérieur à la décision querellée. Il n'y avait donc pas lieu d'en tenir compte.

E. 37

Après avoir retracé l'anamnèse familiale et personnelle d'après les entretiens, résumé les éléments anamnestiques psychiatriques d'après les entretiens et l'analyse du dossier puis recueilli les plaintes de l'assuré, les expertes ont établi son status somatique et psychiatrique, répondu aux questions et rendu leur rapport d'expertise le 4 décembre 2015. Sur le plan général, l'assuré souffrait de douleurs chroniques et d'une atteinte douloureuse sans systématisation, évoquant une atteinte des fascias et des régions musculaires

enflammées par moments. Il ne présentait pas d'atteinte neurologique. Il n'y avait pas de notion de confusion mentale. Sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait un léger ralentissement psychomoteur. Le discours était globalement organisé avec une tendance à la digression. Des idées de persécution étaient présentes, envahissantes autour d'un désir de se venger pour le mal que le docteur B_____ lui avait infligé en décembre 2003. Il présentait une rigidité de la pensée. Sa thymie était fluctuante au cours de l'entretien. Il était tantôt triste, tantôt en larmes. Son anxiété était « éprouvée et observée ». Même s'il n'était actuellement en proie ni à des idées suicidaires ni à un sentiment de désespoir, il était traversé par un sentiment de dévalorisation et de faible estime de soi. S'y ajoutaient une anhédonie et des troubles du sommeil (réveils fréquents et difficultés d'endormissement), une baisse de l'appétit et de la libido, un sentiment de fatigue constant et des plaintes physiques fréquentes : sensation de bouche sèche, céphalées

A/1331/2014 - 13/38 - quotidiennes, troubles gastro-intestinaux, douleurs. Il ne présentait pas de « trouble du Moi » ni de sentiment d'étrangeté actuellement, ni d'idées hypocondriaques, mais il percevait son corps comme restant « collé, sans circulation dans ses muscles, ayant des tissus secs ». Enfin, sa sociabilité était diminuée.

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants (selon classification CIM-10) : il existait un trouble somatoforme, type somatisation (F45) ainsi que deux comorbidités psychiatriques d'importance sévère : - trouble de la personnalité de type paranoïaque (F60.0) ; - trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel d'intensité moyenne avec syndrome somatique (F32.11) Relatant leurs constatations objectives et l'évolution du status de l'assuré depuis fin septembre 2003, les expertes ont mentionné que le trouble de la personnalité de type paranoïaque altérait le fonctionnement sur le long cours et au quotidien. L'assuré était « organisé » autour des idées de vengeance possible en lien avec son histoire médicale passée. Ces comportements et pensées étaient envahissantes et portaient atteinte à sa santé, diminuaient de manière significative et durable ses ressources psychiques et renforçaient l'isolement social et la désinsertion professionnelle. En oscillant entre des positions régressives et des positions revendicatrices, la tendance autodestructrice se manifestait au long cours en perpétuant le rapport de force avec les instances judiciaires et les propos vindicatifs répétés résonnaient aujourd'hui encore comme si c'était hier. La somatisation et l'expression des plaintes par un langage corporel faisaient partie du mode d'expression de la souffrance chronique de l'assuré. Elles représentaient également une source d'altération du fonctionnement et des ressources psychiques et diminuaient par ce biais ses capacités à surmonter les douleurs. La capacité à verbaliser les émotions et les peurs était réduite et le canal de communication de la souffrance passait vraisemblablement par le corps et une attitude revendicatrice. Ce mode d'expression de la souffrance était durable et renforcé par des dimensions personnelles, contextuelles, comportementales et émotionnelles. Du point de vue des symptômes anxio-dépressifs, l'assuré s'était soumis, en juillet 2015, à un test de Hamilton qu'il avait conclu en réalisant un score de 35/56 sur l'échelle du même nom. Cet exercice s'avérait utile pour évaluer la dépression mais surtout pour apprécier certaines composantes psychiques et somatiques de la dépression. Il en était ressorti que les idées suicidaires étaient présentes régulièrement et qu'elles fluctuaient selon l'anxiété, que des troubles du sommeil étaient présents, associés à une anxiété psychique sévère et des tensions physiques perçues importantes, une perte de libido grave, des pensées négatives incessantes centrées sur sa santé physique et le fonctionnement de son corps. Un questionnaire abrégé de Beck avait été également utilisé en vue d'évaluer les aspects

subjectifs de la dépression. Mesuré à 20/39, le score obtenu parlait en faveur d'une dépression d'intensité moyenne à sévère. Ainsi, les résultats obtenus

A/1331/2014 - 14/38 - sur ces deux tests parlaient en faveur d'un état anxio-dépressif d'intensité moyenne à sévère altérant fortement ses ressources psychiques et entravant sa capacité à surmonter les douleurs. Sur le plan de leur évolution, les troubles de la personnalité graves dans le registre de la paranoïa représentaient une entité compliquée à traiter et dont l'évolution était peu favorable. La faible verbalisation des émotions, la faible estime de soi, les mécanismes de défense et le degré de différenciation pauvre représentaient des facteurs de chronicisation et la dynamique vers un processus de cristallisation d'un état psychique sans évolution possible du point de vue thérapeutique s'expliquaient par des facteurs prémorbides (trouble de la personnalité et fonctionnement préalable) mais aussi par les comorbidités psychiatriques et les faibles capacités adaptatives de l'assuré à faire face à de nouveaux événements imprévisibles. Ainsi, après l'accident du 30 septembre 2003, il s'était retrouvé dépassé dans ses capacités de gestion tant sur le plan affectif que cognitif et une dynamique nouvelle s'était développée : allant d'une perte progressive d'un fonctionnement préalable vers un mode de fonctionnement moins performant sur le plan des compétences sociales et du rendement, celle-ci correspondait à un mode de fonctionnement psychiquement plus économique qui tenait compte des mécanismes de défense précités. À cet égard, les expertes soulignaient la réaction drastique que l'assuré avait eue après l'accident : il avait refusé que sa compagne l'aide, disant qu'il préférerait souffrir seul, ce qui attestait d'un mode de fonctionnement alternant entre « tout ou rien ». L'assuré était ainsi peu enclin à accepter l'aide des proches, devenant alors méfiant et instable dans sa relation à autrui. Interrogées sur les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic, les expertes ont indiqué qu'il était difficile de séparer les entités et de définir quelles limitations venaient de quels troubles. Nonobstant cette difficulté, elles considéraient, s'agissant du trouble de la personnalité de type paranoïaque (F60.0), que l'examen approfondi ainsi que l'anamnèse médicale et personnelle parlaient en faveur de modifications durables pour lesquelles le pronostic était mauvais. L'organisation d'une personnalité de type paranoïaque constituait un trouble durable qui, dans le cas particulier, était d'intensité sévère avec des limitations qui ne l'étaient pas moins, compte tenu d'une altération des ressources, mais aussi des capacités adaptatives de l'assuré. En effet, la rigidité du fonctionnement en termes de mécanismes de défense modifiait de façon durable ses ressources, aggravait son isolement social, augmentait « avec le temps la désinsertion et les limitations en termes de performances sociales ». Il était difficile pour un individu souffrant de paranoïa de modifier son modèle explicatif par rapport à l'atteinte et à sa perception hostile d'autrui. Les mécanismes de défense de type externalisation, projection ainsi que les modalités perceptives du monde qui sont clivées entre « les bons et les mauvais » l'empêchaient de construire des relations harmonieuses à long terme et basées sur la confiance. La rigidité de ces défenses psychiques faisait que ce type

A/1331/2014 - 15/38 - de troubles était difficile à traiter par la psychothérapie et les traitements psychotropes. Concernant le trouble somatoforme de type somatisation, il existait des données dans la littérature parlant en faveur d'individus souffrant d'amplification des ressentis douloureux et dont les seuils de perception de stimuli désagréables étaient bas. Ils présentaient des difficultés à minimiser les sensations corporelles. Allant dans le sens de cette hypothèse, le rapport du 13 mai 2013 du Dr N_____, qui évoquait un phénomène de sensibilisation centrale, corroborait ces éléments

scientifiques. La recherche de légitimation était une autre composante connue dans ce trouble renforcé parfois par les situations d'immigration et des malentendus entre un vécu d'impuissance, des attributions psychiques et un mode d'expression corporel de la souffrance. L'identité en était modifiée par un rôle de malade qui devenait de plus en plus prégnant et qui influençait progressivement le processus d'invalidation. Dans le cas de l'assuré, il convenait de relever qu'après presque douze ans de quête de légitimation et de « pertes successives » allant de son statut socioprofessionnel aux problèmes de permis de séjour, les pertes et répercussions fonctionnelles étaient majeures et les limitations sévères. S'agissant enfin des dimensions affectives et du trouble de l'humeur, les échelles montraient une symptomatologie d'intensité moyenne à sévère modifiant les ressources. Les limitations fonctionnelles en lien avec ce trouble étaient donc également sévères. Compte tenu des diagnostics évoqués, l'assuré souffrait de troubles psychiques dont chacun présentait un degré grave. Ils étaient présents au moins depuis 2003 sinon avant pour le trouble de la personnalité, sachant que ce type de modification du fonctionnement s'installait dès la fin de l'adolescence. Interrogées sur l'existence d'une fluctuation dans la gravité des troubles psychiques entre fin septembre 2003 et le mois de mars 2014, les expertes se sont référées aux explications développées ci-dessus pour affirmer que l'état psychique de l'assuré s'était dégradé et que la gravité des troubles psychiques avait augmenté au fil des années. Le traitement du trouble de la personnalité consistait en une prise de conscience de celui-ci. Il n'était cependant pas évident de le soigner au moyen d'une psychothérapie car les défenses narcissiques et l'attitude méfiante de l'individu l'empêchaient souvent d'accepter le trouble. Un encadrement psychosocial pouvait être utile afin de ne pas renforcer la solitude et l'isolement secondaire et un soutien, s'il était accepté, pouvait être bénéfique. Les traitements psychotropes pouvaient être prescrits dans le but d'atténuer les symptômes anxieux ou dépressifs secondaires au trouble ou associés à celui-ci. Dans la mesure où l'assuré était suivi régulièrement par son médecin généraliste, le Dr M_____, on pouvait considérer qu'il suivait un traitement adéquat, ce d'autant

A/1331/2014 - 16/38 - qu'il ne se sentait pas menacé par ce médecin et que « l'alliance » avec celui-ci était bonne. Concernant le trouble de l'humeur, le médecin généraliste était apte à traiter son patient et à prescrire les bons traitements psychotropes, même si un traitement psychiatrique-psychothérapeutique pouvait s'avérer bénéfique, pour autant que l'assuré puisse rencontrer quelqu'un avec qui une alliance puisse se construire et qui ne soit pas menaçante ni trop intrusive. Pour le trouble somatoforme, un travail par paliers autour de la prise de conscience du comportement douloureux, de la détresse et des émotions négatives pouvait s'avérer utile s'il visait à renforcer les ressources afin de lui redonner confiance en lui. La régularité des rendez-vous avec le Dr M_____ parlait en faveur d'un lien structurant et rassurant pour l'assuré qui était compliant aux traitements prescrits par ce dernier. Interrogées sur une amélioration possible à court/moyen terme, les expertes ont estimé que le pronostic était peu favorable à court et moyen terme en raison du trouble de la personnalité. Le trouble de la personnalité de type paranoïaque ne devait pas être considéré uniquement comme une manifestation réactive à un trouble somatoforme douloureux. Il s'agissait d'une maladie en tant que telle. Quant au trouble de l'humeur de type dépressif avec une composante anxieuse, il constituait une maladie psychiatrique récurrente également. Il existait des affections corporelles chroniques ainsi qu'un processus maladif s'étendant sur des années, sans rémission durable. S'agissant de ce dernier aspect, la dynamique du processus d'invalidation s'expliquait par des facteurs prémorbides (trouble de la personnalité et fonctionnement préalable), l'accident et les conséquences médicales, la

faiblesse des ressources psychiques empêchant l'assuré de surmonter ses douleurs et affections corporelles. L'évolution était défavorable. On notait également une perte d'intégration sociale, l'assuré s'isolant depuis 2003 de manière importante. De plus, l'état psychique semblait cristallisé, en lien avec les rigidités connues dans ce type de trouble de la personnalité. Le suivi ambulatoire auprès du médecin généraliste traitant ne représentait pas un échec en soi car il existait une relation solide, régulière et bénéfique pour l'assuré. Toutefois, les traitements divers prodigués par les autres spécialistes et les mesures de réhabilitation s'étaient soldées par un échec, en dépit de la motivation et des efforts de l'assuré. Il était difficile d'exiger de l'assuré qu'il surmonte ses douleurs et qu'il réintègre le monde du travail car la dimension volitive était largement dépassée par les enjeux complexes des atteintes mixtes (psychiatrique et physique) et l'intrication des processus pathologiques respectifs, des dimensions biologiques et des facteurs de chronicisation.

A/1331/2014 - 17/38 - Compte tenu des diagnostics évoqués, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée, ce depuis le 30 septembre 2003, date de l'accident. Le pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative était mauvais. En raison des troubles psychiatriques et de leur répercussion en termes de baisse de ressources psychiques adaptatives, aucune activité n'était possible depuis la date de l'accident. Au titre des limitations fonctionnelles qui entraînent en ligne de compte, il convenait de signaler une restriction du fonctionnement dans les tâches quotidiennes de base ainsi qu'une restriction du périmètre de marche. De mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables étant donné que les ressources psychiques étaient durablement diminuées par le trouble de la personnalité paranoïaque, le trouble de l'humeur et le trouble somatoforme. Invitées à se prononcer sur les conclusions de la Dresse J_____ (rapport d'expertise du CEMED du 27 septembre 2013) et à dire si elles partageaient son avis, en tant qu'il faisait état d'un trouble somatoforme, type somatisation (F45.0), présent depuis une dizaine d'année, coexistant avec un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) dont l'évolution avait « vraisemblablement un impact sur la capacité de travail depuis fin 2012 », les expertes ont répondu par l'affirmative en précisant cependant que l'impact sur la capacité de travail était présent depuis l'accident du 30 septembre 2003. L'état de santé de l'assuré était perturbé depuis lors, de manière chronique et avec des fluctuations qui ne changeaient rien au fait que l'atteinte psychique était grave et incapacitante. Invitées à se prononcer sur l'avis de la Dresse K_____ (rapport SMR du 22 octobre 2013) aux termes duquel l'on ne saurait retenir l'existence d'une atteinte psychique grave et durablement incapacitante compte tenu de l'absence de suivi psychiatrique depuis début 2013, de l'arrêt du traitement antidépresseur en mai 2013 et de la mauvaise observance thérapeutique par Abilify, les expertes ont répondu par la négative, motif pris que le trouble de la personnalité de type paranoïaque ne répondait pas de manière satisfaisante au traitement psychotrope en général. Interrogées sur les différences de diagnostic entre l'experte J_____ et la Dresse D_____, qui retenait un épisode dépressif moyen (F32.10) ainsi que des troubles somatoformes (F45.0) (cf. notamment ses rapports des 26 octobre 2006 et du 31 octobre 2008), les expertes ont indiqué qu'elles retenaient pour leur part un trouble dépressif d'intensité moyenne à sévère, fluctuant dans des registres d'intensité élevée ainsi qu'un trouble somatoforme. Les expertes ne partageaient pas l'avis des Drs F_____ et E_____ (rapports SMR des 3 et 6 juin 2008), en particulier pour ce qui a trait à l'absence de trouble somatoforme douloureux d'une part, et au diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne, avec syndrome somatique (F32.11), n'ayant pas de répercussion sur la

A/1331/2014 - 18/38 - capacité de travail de longue durée (incapacité de janvier 2006 à août 2006) d'autre part. De leur point de vue, les symptômes dépressifs et anxieux pouvaient avoir d'autant plus de répercussions sur la capacité de travail qu'ils constituaient des comorbidités au trouble de la personnalité de type paranoïaque grave et au trouble somatoforme, qu'ils amplifiaient les comportements, amoindrissaient les ressources psychiques et qu'ils portaient ainsi durablement atteinte au « fonctionnement » de l'assuré.

Invitées à donner leur point de vue sur la péjoration de l'état psychique dont la Dresse D_____ faisait état dans ses rapports des 31 octobre 2008 et 1er novembre 2008 et, dans l'affirmative, à se prononcer sur le caractère incapacitant de cette péjoration, les expertes ont répondu qu'il était difficile de répondre à cette question de manière précise dans la mesure où l'évaluation se faisait a posteriori. Toutefois, compte tenu du fait que les différentes comorbidités psychiatriques et le trouble somatoforme concomitant s'influençaient mutuellement et qu'il était connu que des fluctuations de l'état dépressif et anxieux influençaient le trouble de la personnalité dans le cadre d'un processus maladif, les expertes étaient d'avis que la péjoration de l'état de santé psychique avait pu être grave au point d'être incapacitante.

E. 38

Dans son écriture du 15 janvier 2016, l'assuré a persisté dans ses conclusions prises le 12 mai 2014.

E. 39

Le 24 février 2016, l'OAI a maintenu les conclusions figurant dans ses précédentes écritures, soutenant que l'expertise judiciaire du 4 décembre 2015 réalisée par la Dresse P_____ et la Prof. Q_____ n'était pas convaincante, ce que le SMR avait souligné dans un avis daté du 18 février 2016. Dans cet avis, la Dresse K_____ a estimé que les expertes faisaient certes état d'une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2003 (page 18 point h/cc et h/dd du rapport d'expertise), mais qu'elles n'étaient pas en mesure de définir si l'état psychique était incapacitant en 2008 (page 20, point n du rapport d'expertise). Il existait donc un flou concernant l'évolution de la capacité de travail résiduelle. Même si la Dresse K_____ disait être d'accord avec les diagnostics de trouble somatoforme et trouble dépressif récurrent déjà retenus précédemment, elle émettait de fortes réserves au sujet du trouble de la personnalité paranoïaque retenu par les expertes dès lors que les critères de la CIM-10 ne lui paraissaient pas remplis. En effet, il convenait de rappeler que les troubles de la personnalité étaient marqués par un dysfonctionnement apparaissant depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Dans le cas présent, aucun élément n'indiquait que l'assuré ait éprouvé une souffrance psychique avant l'accident de 2003 ou qu'il ait présenté des difficultés relationnelles, cognitives, professionnelles ou du contrôle des impulsions. De plus, même si les experts observaient actuellement une organisation psychique sur un mode paranoïaque, marquée par des idées de revendication et de vengeance et l'adoption d'une position de victime, la méfiance n'envahissait pas toute la sphère relationnelle. L'assuré gardait une relation de confiance avec son médecin

A/1331/2014 - 19/38 - généraliste depuis de nombreuses années et surtout, il ne présentait aucune méfiance à l'égard des experts. Les idées « paranoïaques » apparaissaient principalement cristallisées autour du conflit assécurologique et du sentiment d'avoir été victime d'une erreur médicale. Ceci parlait très nettement contre un trouble de la personnalité paranoïaque présent depuis le début de l'âge adulte et montrait plutôt qu'on se

trouvait dans un processus d'invalidation après l'accident de 2003. Tout au plus pouvait-on retenir des traits de personnalité prémorbides de type paranoïaques et narcissiques. En tant que les expertes indiquaient que « la recherche de légitimation [était] une autre composante connue dans ce trouble [somatoforme] » et que « l'identité en [était] modifiée par un rôle de maladie qui [devenait] de plus en plus prégnant et progressivement influençant le processus d'invalidation » (page 16, 1er paragraphe du rapport d'expertise), elles décrivaient ici ce qui semblait correspondre à une modification durable de la personnalité, marquée par un rétrécissement du champ de la pensée autour du conflit asséculo-logique et des douleurs et par une rigidification du fonctionnement global, associée à un retrait social important. Et la Dresse K_____ d'ajouter que de son point de vue, ceci équivalait à la notion d'état psychique cristallisé selon l'ancienne jurisprudence. De plus, les experts n'avaient pas analysé les indicateurs standards consacrés par la nouvelle jurisprudence. Dans ce contexte, l'expertise paraissait lacunaire et il n'était pas possible de déterminer les répercussions du trouble somatoforme sur la capacité de travail. Selon l'OAI, les arguments soulevés par le SMR étaient pertinents et de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions des expertes ainsi que d'établir le caractère incomplet de leur expertise qu'il convenait par conséquent d'écarter.

E. 40

Par écriture du 13 avril 2016, l'assuré a relevé que sous le code F60 (« troubles spécifiques de la personnalité »), la CIM-10 indiquait que les perturbations sévères de la personnalité, s'accompagnaient « en général d'un bouleversement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte » et que cette classification précisait, à propos de la personnalité paranoïaque (F.60.0), qu'il s'agissait d'un « trouble de la personnalité caractérisé par une sensibilité excessive aux rebuffades, un refus de pardonner les insultes, un caractère soupçonneux, une tendance à fausser les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes, une suspicion répétée sans justification en ce qui concerne la fidélité de son conjoint ou partenaire sexuel, et un sens tenace et agressif de ses propres droits. Il pouvait exister une tendance à une surévaluation de sa propre importance et souvent une référence excessive à sa propre personne. Il ressortait de ce qui précède que le texte de la CIM-10 spécifiait que les troubles apparaissaient habituellement, et non pas exclusivement, durant l'enfance ou à l'adolescence. Pour le surplus, la personnalité paranoïaque de l'assuré avait été démontrée de façon suffisamment circonstanciée par la Dresse P_____ pour que l'on retienne ce diagnostic. Du reste, ces troubles paranoïaques avaient déjà été

A/1331/2014 - 20/38 - détectés par un précédent psychiatre, la Dresse D_____ dans un rapport de 2006 (cf. rapport d'expertise p. 10). Enfin, il n'existait pas de contradiction dans l'appréciation de l'incapacité de travail depuis 2003. En effet, la Dresse P_____ avait clairement répondu qu'en 2008, la péjoration de l'état de santé rapportée par la Dresse D_____ avait pu être grave au point d'être incapacitante.

E. 41

L'écriture de l'assuré a été transmise à l'OAI le 14 avril 2016.

E. 42

Le 15 juin 2016, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

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 - 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 25 mars 2014, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI (4ème et 5ème révisions, révision 6a), entrées en vigueur les 1er janvier 2004, 1er janvier 2008 et 1er janvier 2012 dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Les

A/1331/2014 - 21/38 - délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement et du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a LPA-GE).

Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA-GE).

En 2014, le dimanche de Pâques tombait le 20 avril.

Après réception de la décision sur opposition le 26 mars 2014, le délai de recours a commencé à courir le lendemain avant d'être suspendu du 13 au 27 avril 2014. Ayant repris son cours le 28 avril 2014, il est arrivé à échéance le samedi 10 mai. Posté le lundi 12 mai 2014, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédérale des assurances du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). 5.

Dans son arrêt de renvoi du 24 août 2011, la chambre de céans avait ordonné à l'intimé de compléter l'instruction de la cause par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En procédant de la sorte, elle avait constaté que la situation de fait n'était, en l'état, pas suffisamment claire pour lui permettre de statuer sur le fond du litige. Dans la mesure où elle n'avait tranché de façon définitive aucune question de droit ou de fait en lien avec l'objet du litige, qui portait alors sur la limitation dans le temps du droit du recourant à une rente entière d'invalidité - du 1er septembre 2004 au 31 juillet 2005 et du 1er janvier au 30 novembre 2006 -, sa décision n'était pas susceptible d'acquiescer (même partiellement) l'autorité de la chose jugée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 6.3 pour un cas et une appréciation similaire).

En l'espèce, la décision querellée limite le droit du recourant à une rente entière du 1er septembre 2004 au 30 septembre 2005. Le litige consiste ainsi à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a limité le droit du recourant à une rente entière d'invalidité à cette période, singulièrement s'il a considéré à bon escient que le recourant avait recouvré, dès le 1er octobre 2005, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne

A/1331/2014 - 22/38 - considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281

consid. 2.1.1 et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert,

A/1331/2014 - 23/38 - ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

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

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_10/2015 du 5 septembre 2015 destiné à la publication consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). 8. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2 et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution

A/1331/2014 - 24/38 - possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3). 9. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.4, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche,

A/1331/2014 - 25/38 - la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé le plus tôt possible sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux

connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin

A/1331/2014 - 26/38 - examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculo-logique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

A/1331/2014 - 27/38 - 10. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 11. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les

données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). c. 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

A/1331/2014 - 28/38 - 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. 12. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). a. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). b. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). c. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI – RS 831.201) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne

contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales

A/1331/2014 - 29/38 - mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). d/aa. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). d/bb. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 13. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2 et les références; voir aussi le ch. 4018 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1er janvier 2013).

En vertu de l'article 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même

A/1331/2014 - 30/38 - lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit quant à lui que si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, le droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois

mois sans interruption notable 14. a. En l'espèce, dans son ordonnance d'expertise du 25 février 2015, la chambre de céans avait considéré à l'examen du rapport d'expertise du CEMED du 2 septembre 2013 que d'un point de vue somatique le dossier paraissait suffisamment instruit mais qu'il n'en allait pas de même du volet psychiatrique de ce rapport, raison pour laquelle elle avait confié une expertise psychiatrique à la Dresse P_____ sous la supervision de la Prof. Q_____. Avant d'en examiner la valeur probante, il convient, dans un premier temps, de se prononcer sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMED. Ce rapport comporte un résumé du dossier ainsi qu'une anamnèse, il consigne les plaintes du recourant et comporte des examens neurologique, rhumatologique, orthopédique et psychiatrique. Les experts neurologue et rhumatologue retiennent qu'il n'existe pas de pathologie susceptible de représenter une cause d'incapacité de travail. Quant à l'expert orthopédique, il explique qu'il n'y a jamais eu de récupération d'un genou fonctionnel et indolore à droite depuis l'accident du 30 septembre 2003, de sorte que la réduction fonctionnelle du genou droit – à laquelle s'est ajouté plus récemment un début de gonarthrose à gauche selon l'expert I_____ – contre-indique toute profession exercée principalement en position debout, telle la profession habituelle de cuisinier, mais ne fait pas obstacle à l'exercice d'une activité adaptée, c'est-à-dire exercée principalement en position assise avec possibilité de changer fréquemment de position. Dans ce cadre précis, il existe une capacité de travail entière sans diminution de rendement. D'un point de vue physique, les conclusions des experts somaticiens apparaissent claires, motivées et dépourvues de contradictions, de sorte que les volets neurologique, rhumatologique et orthopédique de l'expertise du CEMED doivent se voir reconnaître pleine valeur probante. On précisera au surplus qu'il n'y a pas lieu de tenir compte du certificat médical du 20 novembre 2014 délivré par le Prof. J_____, produit le 25 juin 2015 à l'appui d'une demande de révision de rente et transmis à la chambre de céans le 13 juillet 2015. En effet, à supposer que ce certificat relate une aggravation de l'état des genoux du recourant, cette évolution est quoi qu'il en soit attestée postérieurement au 25 mars 2014, date de la décision querellée, et sort par conséquent de l'objet du litige (ATF 131 V 242). Quant au volet psychiatrique de l'expertise du CEMED, il demeure lacunaire, peu motivé, imprécis voire contradictoire. L'experte relève que l'épisode dépressif moyen du recourant a évolué depuis 2006 au point d'avoir vraisemblablement un impact sur la capacité de travail depuis fin 2012 tout en faisant état, au conditionnel (« il semblerait que [...] ») d'une légère amélioration depuis le mois de mars 2013. La Dresse J_____ indique certes que la psychiatre traitante a diagnostiqué en 2008

A/1331/2014 - 31/38 - un épisode dépressif moyen (F32.10) et des troubles somatoformes (F45.0) sans faire expressément état d'une incapacité de travail (cf. pièce 75 intimé, p. 4 et pièce 128 intimé, p. 32), il n'en reste pas moins que ces affirmations sont partiellement inexactes et reflètent un examen sommaire du dossier : Premièrement, la Dresse D_____ a déjà posé ces diagnostics en 2006. À cette époque, elle situait l'incapacité de travail découlant de ces diagnostics en 2003 (cf. pièce 25 intimé). Deuxièmement, l'experte psychiatre passe sous silence le fait qu'en octobre 2008, la Dresse D_____ disait assister à la péjoration de l'état psychique du recourant, celui-ci verbalisant, déjà à cette époque, « de plus en plus souvent [...] les idées de la mort » (pièce 75 intimé p. 4 et pièce 86 intimé, p. 66). Pour sa part, l'experte ne retient la présence de telles idées qu'à fin décembre 2012, sans donner d'explications sur cet écart de plus de quatre ans. Or, dans la mesure où l'experte considère elle-même que l'état psychique présenté par l'assuré avait vraisemblablement un impact sur sa capacité de travail fin 2012, elle reste trop vague sur un

aspect essentiel du dossier. On cherche également en vain une prise de position de celle-ci sur le rapport du Dr F_____ du 3 juin 2008. On relève à cet égard que ce médecin a posé un diagnostic différent de celui de la Dresse D_____ et de l'experte, puisqu'il mentionne un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) tout en écartant un éventuel trouble somatoforme douloureux (cf. pièce 60 intimé, p. 4), à l'instar de la doctoresse R_____ (pièce 38 intimé, p. 2). Or, dans sa décision du 24 juillet 2008, l'intimé s'était précisément fondé sur les rapports du Dr F_____, du 3 juin 2008, et de la Dresse E_____, du 6 juin 2008 (pièce 60 intimé, p. 1), pour reconnaître une incapacité de travail complète du recourant, même dans une activité adaptée, du 1er janvier 2006 au 31 août 2006. Dans son arrêt du 24 août 2011 (ATAS/775/2011), la chambre de céans avait déjà constaté que sur le plan psychiatrique, les conclusions médicales étaient diamétralement opposées. D'une part, les Drs F_____ et E_____ avaient considéré que l'épisode dépressif, apparu en janvier 2006, s'était stabilisé trois à quatre mois après l'introduction d'un traitement médicamenteux, soit dès le mois d'août 2006. D'autre part, la Dresse D_____ dans ses rapports du 1er novembre 2008 et du 6 novembre 2009 (pièce 86 intimé, p. 66 et 67) avait constaté une aggravation de l'état psychique du recourant. Force est de constater que les critiques émises par la chambre de céans dans son arrêt du 24 août 2011 demeurent d'actualité. En effet, le rapport de la Dresse J_____ ne fait non seulement pas la lumière sur les divergences évoquées, il soulève des interrogations supplémentaires en faisant état d'une incapacité de travail qui aurait « vraisemblablement » débuté fin 2012, tout en faisant l'impasse sur l'aggravation de l'état psychique que la Dresse D_____ mentionnait déjà en 2008. Pour toutes ces raisons, le volet psychiatrique de l'expertise du CEMED a été écarté et une expertise psychiatrique a été ordonnée le 25 février 2015, confiée à la Dresse P_____ sous la supervision de la Prof. Q_____.

A/1331/2014 - 32/38 - b. Dans leur rapport du 4 décembre 2015, les expertes ont considéré que le recourant souffrait d'un trouble somatoforme, type somatisation (F45) ainsi que deux comorbidités psychiatriques d'importance sévère, à savoir un trouble de la personnalité de type paranoïaque (F60.0) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel d'intensité moyenne avec syndrome somatique (F32.11). Présents au moins depuis 2003 sinon avant pour le trouble de la personnalité paranoïaque, ces diagnostics entraînaient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée, ce depuis le 30 septembre 2003, date de l'accident. Selon les expertes, il était difficile d'exiger de l'assuré qu'il surmonte ses douleurs, réintègre le monde du travail ou qu'il se soumette à des mesures de réadaptation professionnelle, ses ressources psychiques étant durablement diminuées par le trouble de la personnalité paranoïaque, le trouble de l'humeur et le trouble somatoforme. Il sied de relever que les expertes psychiatres ont rendu un rapport basé sur une documentation complète, une anamnèse comportant un volet familial, personnel, professionnel et psychiatrique, que ce document relate les plaintes du recourant et qu'il comporte un examen psychiatrique fouillé. En outre, elles posent des diagnostics précis, leurs constatations sont claires et leurs conclusions bien motivées. Leur rapport doit dès lors se voir reconnaître valeur probante. On rappellera par ailleurs qu'en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Il n'est pas contesté que la nouvelle jurisprudence doit trouver ici application dans la mesure où la procédure était pendante au moment où l'arrêt de principe 9C_492/2014, du 3 juin 2015, a été rendu. En conséquence, se pose uniquement la question de savoir si une expertise

complémentaire psychiatrique est nécessaire. c. Selon l'intimé, on ne saurait réduire le champ d'analyse à ce seul aspect. Si les expertes judiciaires n'ont effectivement pas examiné le cas à la lumière des indicateurs instaurés par la nouvelle jurisprudence, un autre problème serait dû au fait que l'expertise en tant que telle ne serait pas convaincante à maints égards, référence étant faite à un avis du SMR du 18 février 2016. Selon la Dresse K_____, l'expertise était floue au sujet de la capacité de travail résiduelle et appelait de fortes réserves au sujet du trouble de la personnalité paranoïaque. Il convenait de préférer à ce diagnostic celui de traits de personnalité prémorbides de type paranoïaques et narcissiques. Enfin, en tant que les expertes indiquaient que « la recherche de légitimation [était] une autre composante connue dans ce trouble [somatoforme] » et que « l'identité en [était] modifiée par un rôle de malade qui [devenait] de plus en plus prégnant et progressivement influençant le processus d'invalidation » (page 16, 1er paragraphe du rapport d'expertise), cela correspondait, selon elle, à une modification durable de la personnalité, plus précisément à la notion d'état psychique cristallisé selon l'ancienne jurisprudence.

A/1331/2014 - 33/38 - Ces critiques n'emportent pas la conviction. En effet, les expertes motivent non seulement de manière convaincante les trois diagnostics posés, mais elles soulignent aussi que ces diagnostics sont présents « au moins depuis 2003 et concernant le trouble de la personnalité probablement avant sachant que ce type de modification du fonctionnement s'installe dès la fin de l'adolescence » (p. 16 point f/cc du rapport d'expertise). Elles ajoutent que l'incapacité de travail est totale dans toute activité depuis le 30 septembre 2003, date de l'accident, tout en précisant que c'est la coexistence des symptômes dépressifs et anxieux, du trouble de la personnalité paranoïaque et du trouble somatoforme qui amplifie les comportements et amoindrit les ressources psychiques (expertise judiciaire p. 20 point m). S'agissant de l'évolution de la capacité de travail en 2008, il n'existe pas de « flou », quoi qu'en dise la Dresse K_____. Premièrement, les expertes étaient invitées à se déterminer sur une appréciation portée par la Dresse D_____, à savoir l'existence d'une péjoration de l'état psychique à cette époque. En second lieu, elles ont précisé qu'il était difficile de prendre position de manière précise à ce sujet puisque l'évaluation se faisait a posteriori, d'où l'utilisation de la forme potestative : « oui, la péjoration de l'état de santé psychique a pu être grave au point d'être incapacitante » (page 20, point n du rapport d'expertise). Enfin, la motivation donnée à l'appui de cette dernière réponse est cohérente par rapport à leurs propres conclusions – qui retiennent une incapacité de travail nulle dans toute activité depuis le 30 septembre 2003. En effet, les expertes motivent leur réponse au sujet de la possible évolution de la capacité de travail 2008 en rappelant que les « différentes comorbidités psychiatriques et le trouble somatoforme sont concomitants et s'influencent mutuellement » (ibidem). En définitive, la Dresse K_____ ne met pas en exergue de véritable contradiction, elle tente avant tout de substituer sa propre lecture des pièces du dossier aux appréciations des expertes qui s'appuient notamment sur un examen psychiatrique fouillé et une anamnèse détaillée. Ce faisant, le SMR ne met pas sérieusement en doute la pertinence de leurs déductions et il ne soulève pas non plus de points qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions. 15. Reste à examiner l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281) au cas d'espèce et de déterminer si le trouble somatoforme douloureux est invalidant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels. a. S'agissant de l'atteinte à la santé, le diagnostic de trouble somatoforme, type somatisation, constaté par les expertes est admis par les parties (avis du SMR du 18 février 2016 et

observations du recourant du 15 janvier 2015), présente un degré de sévérité suffisant pour en déduire que son association au trouble de la personnalité de type paranoïaque et au trouble dépressif récurrent rend nulle la capacité de travail exigible dans toute activité depuis le 30 septembre 2003 (pour une application similaire du critère de l'atteinte à la santé : cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_130/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.3.2).

A/1331/2014 - 34/38 - b. En ce qui concerne le traitement, les expertes constatent au sujet du trouble de la personnalité paranoïaque que le recourant est suivi régulièrement par son médecin généraliste, le Dr M_____, « ce qui est en soi un traitement adéquat d'autant plus que [le recourant] ne se sent pas menacé ni persécuté par son médecin et que l'alliance est bonne » (expertise judiciaire, p. 16, point f/ee). S'agissant du trouble de l'humeur, elles considèrent également que ce médecin est apte à traiter son patient à lui prescrire les bons traitements psychotropes. Quant au trouble somatoforme, « la régularité des rendez-vous avec le Dr M_____ parle en faveur d'un lien structurant et rassurant pour [le recourant] qui est compliant aux traitements prescrits par ce dernier (expertise judiciaire, p. 16-17 point f/ee et p. 6 dernier paragraphe et 7). Les expertes précisent que même si « un encadrement autour du médecin généraliste en terme par exemple d'un réseau multidisciplinaire soutenant et permettant d'évoquer les problèmes physique et psychique pourraient au long cours être bénéfique [sic] » (expertise judiciaire p. 18 point g/ff) et qu'un « encadrement psychosocial et des entretiens réguliers avec les membres du réseau de soins impliqués sont efficaces afin de soutenir l'expertisé dans sa souffrance et de lui offrir une écoute légitimante », le pronostic en faveur d'une amélioration possible est peu favorable à court et moyen terme en raison du trouble de la personnalité, (expertise judiciaire, p. 17 point f/ff). Enfin et surtout, les expertes relèvent que bien que le suivi ambulatoire auprès du médecin généraliste « ne représente pas un échec en soi car il existe une relation solide, régulière et bénéfique pour le [recourant], il n'en subsiste pas moins un constat d'échec « des traitements divers prodigués par les autres spécialistes et les mesures de réhabilitation cela en dépit de la motivation et des efforts ». En complément de ce qui précède, elles précisent que le trouble de la personnalité de type paranoïaque ne répond pas de manière satisfaisante au traitement psychotrope en général (expertise judiciaire p. 19 point k). Par ailleurs, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables étant donné que les ressources psychiques sont durablement diminuées « par des atteintes comme le trouble de la personnalité paranoïaque, le trouble de l'humeur et le trouble somatoforme » (expertise judiciaire p. 19 point i). Le traitement suivi par le recourant est ainsi adéquat, sans qu'une amélioration de l'état de santé de celui-ci puisse en être attendue. c. S'agissant des comorbidités, les expertes relèvent un trouble de la personnalité de type paranoïaque qui « altère le fonctionnement sur le long cours [...] tant dans le domaine de son fonctionnement quotidien car [le recourant] est organisé autour des idées de revendication, de positions de victime et des idées de vengeance possible en lien avec son histoire médicale passée. Ces comportements et pensées sont envahissantes et portent atteinte à sa santé, diminue [sic] de manière significative ses ressources psychiques, [renforcent] l'isolement social et la désinsertion professionnelle » (expertise judiciaire p. 13). Quant aux troubles de l'humeur, qui prennent la forme d'un trouble dépressif récurrent et chronique d'intensité moyenne à sévère, associé à une importante composante anxieuse, ils diminuent les compétences professionnelles, les ressources psychiques mais également sociales et

A/1331/2014 - 35/38 - relationnelles (expertise judiciaire p. 12). Les expertes considèrent qu'il est difficile d'exiger du recourant qu'il surmonte ses douleurs et qu'il réintègre le

monde du travail « car la dimension volitive est largement dépassée par des enjeux complexes des atteintes mixtes (psychiatrique et physique) et l'intrication des processus pathologiques respectifs, des dimensions biologiques et des facteurs de chronicisation ». Ainsi, la capacité de travail exigible est nulle dans toute activité depuis le 30 septembre 2003 (expertise judiciaire p. 18) et le pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative est mauvais en raison des troubles psychiatriques et de leurs répercussions en termes de baisse des ressources psychiques et adaptatives (expertise judiciaire p. 19). Ces comorbidités agissent ainsi de façon défavorable et diminuent de façon décisive les ressources du recourant pour surmonter les douleurs et retravailler. d. S'agissant de la personnalité, les expertes indiquent que les critères attestant d'un trouble de la personnalité paranoïaque ont pu être observés et qu'ils sont marqués non seulement par des entraves à l'adaptabilité, notamment interpersonnelle mais aussi par la souffrance au long court perçue par le recourant. Selon les critères de la CIM-10, ce type de trouble est classé dans les structures de personnalité psychotique et marqué par l'utilisation de mécanismes de défense comme la projection (se sent victime et s'attend à ce que les autres lui nuisent ou le trompent). Le recourant est préoccupé par la loyauté ou la confiance tout en se méfiant des autres. L'idéalisation et le clivage (« il y a les bons docteurs et les mauvais ») sont souvent explicites dans sa vision du monde et renforcés par une difficulté à se remettre en question. Les expertes constatent ainsi, au terme des trois entretiens avec le recourant, une tendance rancunière tenace attestée par des idées de vengeance répétées, exprimées depuis des années et dont l'intensité ne diminue pas, sans capacité de prendre du recul par rapport au caractère soupçonneux de ses propos (expertise judiciaire p. 9-10). Le recourant décrit ainsi un « avant » et un « après » 2003 s'articulant autour de l'accident du 30 septembre 2003 qui a signifié « une rupture du cours de son existence ». Depuis lors, « sa vie a basculé, ne vaut plus la peine d'être vécue, [marquée] par un vécu de chronicité et d'incontrôlabilité sur les douleurs et les atteintes » ainsi qu'une composante dépressive et anxieuse fluctuante avec des périodes plus ou moins sévères et des plaintes corporelles concomitantes altérant ses activités quotidiennes mais comportant également des répercussions sociales et professionnelles (expertise judiciaire p. 10). Comme mentionné plus haut (consid. 15c), ces comportements et ces pensées envahissantes, conjugués au trouble dépressif récurrent et chronique d'intensité moyenne à sévère diminuent de manière significative ses ressources psychiques et renforcent l'isolement social et la désinsertion professionnelle.

e. S'agissant du contexte social, les expertes soulignent que le trouble de la personnalité renforce l'isolement social (expertise judiciaire p. 13). Ainsi, le recourant a été jusqu'à refuser, peu après l'accident de 2003, que sa compagne d'alors (dont il est séparé depuis 2006) l'aide car « il préférerait souffrir seul ». Et les

A/1331/2014 - 36/38 - expertes d'ajouter que ce mode de fonctionnement « en tout ou rien » démontre que le recourant est peu enclin à accepter l'aide des proches et qu'il devient alors méfiant et instable dans la relation à autrui (expertise judiciaire p. 15). En revanche, son fils l'aide à faire les courses, à préparer les repas et, parfois, à prendre sa douche quand il ne peut pas le faire seul à cause des blocages et des douleurs (expertise judiciaire p. 8). L'environnement social du recourant est ainsi plutôt positif et soutenant.

f. En ce qui concerne la cohérence, les expertes ont relevé que le recourant se met dès le matin à la lecture de son dossier, relisant les décisions de justice et les autres documents qui constituent son dossier. Il dit « chercher chaque jour des failles ou autres informations non détectées pensant que par ces relectures quotidiennes, il pourra découvrir quelque chose qui

pourra l'aider, car il n'est pas d'accord avec la justice, percevant un fort sentiment d'injustice. Les différents recours jusqu'au Tribunal fédéral attestent d'une quête de reconnaissance adressées aux autorités et [le recourant] met en avant répétitivement le désir de se venger par rapport au mal qu'il a subi, parlant des idées hétéro-agressives sous forme de ruminations envers le Dr B_____. Il dit vouloir lui casser sa vie comme sa vie a été cassée [...] » (expertise judiciaire p. 8). « Il n'a pas d'activité en dehors de chez lui mis à part les visites et soins médicaux qui l'occupent énormément, de même que la collection des documents médicaux et judiciaires qu'il range chez lui dans une armoire » (expertise judiciaire p. 4). « Les activités sont restreintes au cours de la journée, il dit rester principalement dans son studio, d'une part parce qu'il décrit une peur de sortir de chez lui, ayant peur du regard des autres, de ce que les gens vont dire de lui [...] ressentant de la honte. D'autre part, il dit ne pas parvenir à se mobiliser facilement, expliquant ses difficultés à la marche après environ 200 mètres. Comme mentionné plus haut, son fils l'aide à faire les courses et à faire à manger. Il l'aide parfois aussi à prendre sa douche (cf. consid. 15e). Au regard de l'incapacité de travail totale dans toute activité retenue par les expertes et du déroulement des journées du recourant – fortement imprégnées par le tableau psychiatrique –, force est de constater que celui-ci est limité de manière semblable dans son activité professionnelle et ses autres activités par son atteinte à la santé. La capacité de travail retenue par les expertes à un taux de 0% dans toute activité présente ainsi une cohérence avec l'activité du recourant dans sa vie quotidienne. Cette dernière est marquée par un retrait social (expertise judiciaire p. 13 et 18) qui s'explique non seulement par une restriction du périmètre de marche et une diminution du fonctionnement dans les tâches quotidiennes de base (expertise judiciaire p. 19) mais aussi par le trouble de la personnalité (expertise judiciaire p. 13) et la faiblesse de ses ressources psychiques qui l'empêche de surmonter ses douleurs et affections corporelles (expertise judiciaire p. 17 point g/cc).

g. Enfin, le poids de la souffrance est également admis par les expertes, à hauteur d'une diminution de la capacité de travail de 100%, étant rappelé que le recourant

A/1331/2014 - 37/38 - est compliant aux traitements prescrits par son médecin traitant (expertise judiciaire, p. 16-17 point f/ee et p. 6 dernier paragraphe et 7). 16. L'expertise judiciaire permet ainsi de confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux à hauteur de 100%, sans qu'un complément d'expertise ne soit nécessaire.

Ainsi, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait, au moment de la décision litigieuse, une incapacité de travail totale, demeurée constante dans toute activité depuis le 30 septembre 2003. 17. Reste à examiner à partir de quand la rente entière d'invalidité doit être versée au recourant, étant rappelé que ce dernier a déposé sa demande en septembre 2005.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu

connaissance (art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

Étant donné que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis septembre 2003, il a droit à une rente entière à compter du 1er septembre 2004. Pour le surplus, dans la mesure où son taux d'invalidité est demeuré inchangé, c'est à tort que l'intimé a supprimé la rente entière avec effet au 1er octobre 2005. 18. Par conséquent, le recours sera admis et la décision annulée en tant qu'elle supprime la rente entière d'invalidité. 19. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que la procédure n'est plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.- au vu du sort du recours. ***

A/1331/2014 - 38/38 - MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.