

GE_GERICHTE A/1128/2014 vom 17. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1128_2014

FR: GE_GERICHTE A/1128/2014 du 17 octobre 2014

IT: GE_GERICHTE A/1128/2014 del 17 ottobre 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.10.2014
A/1128/2014

A/1128/2014 ATAS/1088/2014 du 17.10.2014 (AI), ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1128/2014
ATAS/1088/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17
octobre 2014 9ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENEVE,
représenté par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés
recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. M. A_____ (ci-après :
l'assuré ou le recourant), né le _____ 1975, a eu un accident le 14 décembre 2009 à 15h.00
à la rue des Eaux-Vives. Selon la déclaration d'accident LAA faite à l'ALBA, compagnie
d'assurances générale, le 17 décembre 2009, l'assuré portait une machine à laver avec un
ami, s'est encoulé et est tombé sur le trottoir. Il s'est blessé le bas du dos et la jambe
gauche. Les lésions consistaient en des douleurs et des hématomes. Les premiers soins ont
été donnés par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne. L'assuré
travaillait, depuis le 1 er juillet 2000, à Genève en qualité de pizzaiolo chez Monsieur
C_____, dans une pizzeria à l'enseigne « Chez D_____ ».[endif]>![if> 2. Le 12
octobre 2010 la SWICA, Assurance d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le
contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1) a
adressé une demande de prestations à l'Office cantonal AI (ci-après : OAI) en faveur de M.
A_____. L'incapacité de travail continue avait débuté le 1 er juin 2010. Elle avait octroyé
à son membre les prestations d'indemnités journalières perte de gains depuis le 4 juin 2010
sur la base d'un taux d'incapacité de travail de 100 %.[endif]>![if> La demande de
prestations de l'assurance invalidité (ci-après : AI) pour adultes était dûment remplie par M.
A_____. Celui-ci était originaire du Kosovo et était venu en Suisse le 28 février 1992. Il
était marié depuis août 1996 et originaire de Genève depuis le 25 mai 2009. Il avait 3
enfants, respectivement nés en janvier 1999, février 2002 et avril 2004. Son incapacité de
travail avait été de 50 % du 14 décembre 2009 au 3 mars 2010 puis de 100 % depuis cette
date. Il souffrait d'un mal de dos, suite à l'accident et était pris en charge par le Dr
B_____, le docteur E_____, du service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de
Genève (ci-après : HUG), et depuis le 4 octobre 2010, par la doctoresse F_____,
spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Différents certificats médicaux étaient
 joints à la demande : une attestation du 13 août 2010 de la doctoresse G_____, spécialiste
FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation et quatre certificats médicaux
intermédiaires du Dr B_____. 3. Le 21 octobre 2010, le Dr B_____ a rempli le
rapport à l'attention de l'OAI. Le patient souffrait de lombalgies et d'un état dépressif et
 anxieux réactionnel depuis le 14 décembre 2009. Ce diagnostic avait un effet sur la capacité
de travail. Au titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, le médecin mentionnait

une hépatite B chronique. Le Dr B_____ suivait le patient depuis le 15 décembre 2009. Le pronostic était réservé. Le patient suivait des traitements de physiothérapie et médicamenteux. L'incapacité de travail avait été de 100 % du 15 décembre 2009 au 31 octobre 2009 (sic) et de 50 % du 21 décembre 2009 au 2 mars 2010. Sur le questionnaire relatif aux limitations dans le cadre d'une activité adaptée au handicap dues à l'état de santé, le médecin les retenait toutes.![endif]>![if> 4. Par certificat médical du 8 novembre 2010, la Dresse F_____ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2) existant depuis plusieurs mois. Il n'y avait pas eu d'hospitalisation en psychiatrie mais à Montana, durant l'été, sur conseil d'un interniste. Au titre de pronostic, la Dresse mentionnait que le traitement psychiatrique venait de débiter (1 mois auparavant) et que le pronostic était difficile à établir. Elle notait que le patient n'avait pas eu d'évolution favorable malgré une prise en charge précoce et complète incluant notamment l'hospitalisation à Montana. Le traitement consistait en un entretien psychiatrique une fois par semaine et un traitement antidépresseur et tranquillisant. Le patient était incapable de travailler à 100 % depuis plusieurs mois. Elle le suivait depuis octobre 2010. Au titre de restrictions physiques mentales ou psychiques existantes, la Dresse mentionnait une asthénie très importante, un trouble de concentration, des difficultés à se mobiliser et un important ralentissement psychomoteur. Aucune activité n'était exigible compte tenu de ces facteurs.![endif]>![if> 5. Le 9 décembre 2010, le Dr E_____ a transmis à l'OAI copie de son rapport détaillé du 11 octobre 2010. Selon celui-ci, le diagnostic consistait en lombopygalgies droites chroniques et état dépressif sévère. Une IRM du bassin avait été réalisée et avait permis d'exclure une sacro-iliite. Quelques coupes lombaires avaient été effectuées en T2 et l'on relevait l'absence de discopathie (les douleurs de M. A_____ étaient donc la conséquence d'une dysfonction qui à l'examen du jour prédominaient L5-S1 droite). Ses douleurs étaient accompagnées par une kinésiophobie extrêmement importante et un état dépressif particulièrement marqué. Une prise en charge spécialisée avait été débutée depuis 2-3 semaines. D'un point de vue thérapeutique, un traitement anti inflammatoire à bonne dose (Celebrex 2x 200mg par jour) avait été instauré sans résultat probant. De plus, il avait été mal toléré. Le handicap fonctionnel lié au problème musculo-squelettique et à l'état dépressif, ne permettait pas d'inscrire M. A_____ au programme de réhabilitation fonctionnelle intensive des HUG. En effet, il était totalement incapable de supporter 5 à 7 heures par jour de présence et de traitement. Dans l'idée d'essayer de diminuer quelque peu les symptômes et de le préparer à une telle participation, le médecin lui avait prescrit quelques séances de médecine manuelle avec le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine interne.![endif]>![if> 6. A la demande de SWICA, deux expertises ont été effectuées, respectivement rhumatologique et psychiatrique.![endif]>![if> a. L'expertise médicale rhumatologique a été effectuée le 23 novembre 2010 par le Dr I_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Selon les conclusions, l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle habituelle d'un point de vue somatique avec effet immédiat. L'assuré ne présentait pas de limitations fonctionnelles d'un point de vue somatique et en particulier rhumatologique. Le pronostic semblait réservé étant donné la longue évolution des symptômes et l'absence d'évolution favorable « avec un assuré qui semble persuadé d'être atteint dans sa santé, alors qu'il n'en est rien ». Dans une activité de pizzaiolo, on pouvait retenir l'absence de limitations fonctionnelles de nature objective et somatique découlant d'une atteinte à la santé rhumatologique et cela depuis le moment de l'expertise. D'un point de vue somatique, l'assuré devait être en

mesure de mettre en valeur une capacité de travail de 100 %. b. Le 22 novembre 2010, le Dr J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie a rendu son rapport d'expertise. Il n'y avait pas de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin avait retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et une personnalité avec des traits émotionnellement immatures, impulsifs et narcissiques accentués. Le syndrome douloureux somatoforme persistant s'était développé suite à l'accident de décembre 2009. La définition de ce diagnostic, selon la CIM-10, demandant la présence de plaintes durant une durée de 6 mois au minimum, pouvait être confirmé définitivement à partir du mois de juillet 2010. Auparavant, le diagnostic de troubles de l'adaptation avec perturbations d'autres émotions (F 43.23) semblait justifié. L'existence de probables douleurs dans le dos et dans les jambes n'était pas entièrement remise en question mais c'était l'intensité des plaintes de l'assuré avec une autolimitation importante qui semblait fortement démesurée et peu adéquate face à une telle affection. Tous les examens complémentaires effectués par les divers médecins traitants ainsi que l'expertise rhumatologique n'avaient pas pu objectiver des lésions organiques. Concernant une éventuelle comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, on constatait que l'anamnèse psychiatrique de l'assuré était vide. Il n'avait pas souffert de symptômes psychiatriques auparavant et se décrivait comme une personne plutôt active et performante travaillant régulièrement et sans aucun problème avec beaucoup de plaisir et d'efficacité. Jamais il n'avait sollicité de soutien d'un psychiatre auparavant. Aucune comorbidité psychiatrique n'était à reconnaître. Une maladie chronique somatique concomitante n'était pas à reconnaître considérant les constatations des examens complémentaires effectués, y compris l'expertise rhumatologique du 4 novembre 2010. Quant à une perte d'intégration sociale, on pouvait objectiver un certain retrait social. Le médecin développait pour conclure qu'une perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie n'était pas à objectiver. Quant à la capacité de travail de l'assuré, on pouvait conclure que du point de vue purement psychiatrique, M. A_____ serait capable de reprendre le travail en mobilisant toute sa bonne volonté et ses forces. Aucun des critères de Forster n'était rempli pour l'instant. Afin d'éviter une chronification de la symptomatologie, une reprise, le plus rapidement possible, était souhaitable afin que l'assuré surmonte son déconditionnement débutant. Une reprise était exigible à 100 % à partir du 1^{er} décembre 2010 au plus tard. Cependant, considérant tous les facteurs psycho-sociaux non liés à la maladie, comme la grande demande de reconnaissance, les perspectives sur le marché du travail et les traits de personnalité émotionnellement très immatures, impulsifs et narcissiques, le pronostic même de moyen à long terme semblait plutôt réservé. L'on pouvait exiger de l'assuré qu'il reprenne son emploi de pizzaiolo à 100 % à partir du 1^{er} décembre 2010 au plus tard. 7. A la demande de l'OAI, la Clinique genevoise de Montana a transmis copie de la lettre de sortie du 22 juillet 2010 établie par la docteure K_____, spécialiste FMH en médecine interne. M. A_____ avait séjourné du 17 au 30 juin 2010 dans leur établissement. Le diagnostic consistait en syndrome lombo-vertébral (M 54.5). Le patient présentait des comorbidités à savoir un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive (F 43.22) et une hépatite B chronique (B 18.1) ainsi qu'un ancien tabagisme (4 UAP) stoppé depuis 15 ans. Le médecin relevait que le patient avait continué à se plaindre de douleurs lombaires décrites sous forme de crampes ou de brûlures, d'une intensité moyenne de 7/10 sur l'EVA, malgré une adaptation de son traitement antalgique. Il avait bénéficié d'un programme de physiothérapie associant école du dos, antalgique (TENS, FANGOS) et hydrothérapie sans

aucune amélioration des symptômes ou même une exacerbation des douleurs. Par ailleurs, le patient mettait systématiquement en échec toutes propositions thérapeutiques, son non verbal était non concordant avec l'intensité de ses plaintes. De toutes les mesures proposées et qu'il avait pu prendre, l'écoute et la reconnaissance de sa souffrance avaient été les plus bénéfiques. 8. Selon le rapport médical intermédiaire du Dr B_____ du 14 février 2011, l'état de santé du patient était stationnaire. L'incapacité de travail actuelle était essentiellement en fonction de la pathologie psychiatrique, le vécu des douleurs étant conditionné par l'état psychique actuel. L'arrêt de travail était désormais établi par la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie, pratiquant au Centre de thérapies brèves (ci-après : CTB). 9. Par communication du 14 mars 2011, l'OAI a indiqué qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible. 10. A la demande de l'OAI, la Dresse L_____ leur a transmis le 22 août 2011 son résumé d'intervention du 1 er juillet 2011 au sein des HUG. Le diagnostic principal consistait en dépression sévère (F 33.3). Au titre d'autres diagnostics étaient mentionnés un syndrome douloureux somatoforme douloureux persistant (F 45.4) et une hépatite B sous traitement. 11. Le 5 septembre 2011, M. A_____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. 12. En réponse au questionnaire pour l'employeur, M. C_____ a indiqué à l'OAI le 21 septembre 2011 que les rapports de travail de M. A_____ avaient été résiliés pour le terme du 31 août 2011, d'entente avec son employé, aux motifs d'une réorganisation de l'équipe de travail suite à sa longue maladie. 13. Le 18 octobre 2011, SWICA a remis à l'OAI les pièces de son dossier postérieures au 13 décembre 2010, soit : - un courrier du 1 er mars 2011 le Dr J_____ à leur attention, confirmant les termes de son expertise du 22 novembre 2010. - un courrier du 8 février 2011 de la Dresse L_____ au médecin-conseil de la SWICA, indiquant que le patient était toujours incapable de travailler. L'objectif des HUG et du patient, consistait à ce que celui-ci puisse reprendre une activité professionnelle. Elle retenait un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant. 14. Le 19 décembre 2011, la doctoresse M_____, du Service Médical Régional de la Suisse Romande (ci-après : SMR), a proposé de s'en tenir aux conclusions concordantes des deux experts et de considérer que la capacité de travail de M. A_____ était totale pour toutes activités. Aussi bien sur le plan somatique que psychique, bien que la situation de l'assuré soit extrêmement difficile, il n'y avait pas d'atteinte à la santé pouvant être considérée comme incapacitante au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; 831.20). 15. Un projet de décision a été adressé à l'assuré le 24 janvier 2012 par lequel la demande de prestations d'invalidité était rejetée. 16. Le 6 mars 2012 l'OAI a notifié une décision de refus de toutes prestations à M. A_____. 17. L'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, datée du 5 avril 2012 et reçue le 11 du même mois. 18. Par rapport médical du 26 avril 2012, le Département de Santé Mentale et de Psychiatrie des HUG, sous la signature de la doctoresse N_____, médecin interne, a précisé que depuis l'expertise réalisée par le Dr J_____ du 22 novembre 2010, l'évolution de M. A_____ n'avait pas été favorable sur le plan psychiatrique malgré une prise en charge prolongée au CTB du 25 novembre 2010 au 28 juin 2011 puis une hospitalisation à Belle-Idée du 15 mars au 11 avril 2012. Son état s'était fortement dégradé depuis 2010. Il persistait un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques secondaires à un état de stress post-traumatique avec somatisation chronique (syndrome douloureux somatoforme persistant). M. A_____ présentait un état

psychiatrique cristallisé avec une perte d'intégration sociale et un périmètre de vie extrêmement réduit. Sa capacité de travail était nulle et le pronostic très réservé. La praticienne sollicitait une reconsidération de la demande de prestations du 11 avril 2012.!

19. Selon la lettre de sortie des HUG du 7 mai 2012, signée par les Docteurs O_____, médecin chef de clinique et P_____, médecin interne, le patient présentait, au titre de diagnostic principal, un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) (F43.1) ainsi qu'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il avait été admis le 15 mars 2012 et était sorti du Département de Santé Mentale et de Psychiatrie le 11 avril 2012.!

A l'entrée il est décrit comme ayant une tenue et hygiène négligées, se lavant et changeant ses vêtements qu'une fois par semaine. Il semblait fatigué avec désorientation spatio-temporelle ; ne parvenant pas à préciser son âge, sa date et son lieu de naissance, ni la date du jour. Trouble de la mémoire, ne se rappelant pas ce qu'il a mangé le matin. Angoissé notamment par le manque de perspective pour l'avenir. Collaborant mais tendu à l'évocation de ses soucis (notamment ses douleurs, l'altercation avec les contrôleurs de bus), discours cohérent, pauvre, légèrement ralenti. Présente des nombreuses plaintes avec idéation suicidaire. Sentiment de persécution qui le pousse à se cacher. Hallucinations olfactives et visuelles (nocturnes, de personnes mortes dont son grand-père). Le patient avait été hospitalisé pour une augmentation de la tension psychique avec risque auto et hétéro-agressif, alors qu'il était connu pour un syndrome dépressif sévère, avec symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a présenté une évolution lentement favorable alors que les HUG ont réintroduit la médication de Clopin et de Cipralex que le patient avait stoppé en ambulatoire. Il ne prenait pas son traitement avant son arrivée (dosage sanguin négatif) en raison des limitations financières de la famille. Il est parvenu progressivement à verbaliser sa souffrance (au-delà des douleurs physiques) et à relativiser les idées suicidaires. Il a décrit les cauchemars et flashbacks au thème du « presque accident » avec un bus qui l'aurait évité de peu lors de sa chute en 2009. Il a donné un état descriptif des états d'angoisse en lien avec des reviviscences provoquées par le simple fait de voir un bus s'approcher de lui et une nette tendance à éviter les endroits qui lui rappellent le traumatisme. Les UG ont retenu ainsi le diagnostic de PTSD compliqué par un état dépressif sévère et des somatisations chroniques. La patient avait bien profité des séances de physiothérapie antalgique pour le bas du dos et se disait preneur de poursuivre ses soins en ambulatoire. L'assistante sociale des HUG avait relancé les démarches auprès de l'AI, ce qui semblait justifié aux signataires au vu du diagnostic et de la situation (50% en rente et 50% en réinsertion). Le status à la sortie est décrit comme un patient calme, collaborant, discours pauvre et ralenti. Thymie neutre, idées suicidaires fluctuantes mais sans projet immédiat. Se sent moins persécuté, n'a presque plus d'hallucinations auditives. Absence de risque auto ou hétéro-agressif immédiat. Au titre de conditions à la sortie, le rapport mentionnait la reprise du suivi auprès de la consultation des Eaux-Vives. Le traitement consistait en Clopin 100mg le soir (épisode d'énurésie nocturne sous 150 mg/j), Cipralex 20mg le matin, Prazine 50mg 3x/jour, Dafalgan 1g 3x/jour et Ulcogant 1g 3x/jour.

20. Le 25 juillet 2012, la docteur Q_____, médecin au SMR, a proposé de solliciter un complément d'expertise auprès du Dr J_____.!

21. Le 11 octobre 2012, le Dr B_____ a, par rapport médical intermédiaire, confirmé que l'état du patient était stationnaire et sa capacité de travail nulle.!

22. Par rapport médical intermédiaire du 22 octobre 2012, la doctoresse R_____, spécialiste FMH en médecine interne, travaillant à la Consultation des Eaux-Vives, a confirmé que l'état de santé du

patient s'était aggravé. Il présentait un trouble dépressif sévère avec caractéristique psychotique et un probable état de stress post-traumatique avec somatisation (syndrome douloureux somatoforme persistant). L'évolution était défavorable : perte d'intégration sociale, repli sur soi, absence de perspective. Il avait été plusieurs fois hospitalisé en psychiatrie en urgence en raison d'idées suicidaires (du 15 mars au 11 avril 2012, du 23 août au 29 août 2012, du 6 octobre au 15 octobre 2012). La lettre de sortie du 3 septembre 2012 était versée au dossier.!

23. Le 7 janvier 2013, le Dr J_____ a rendu son complément d'expertise. D'un point de vue purement psychiatrique, le patient était à même d'exercer une activité professionnelle malgré l'actuel syndrome douloureux somatoforme persistant dont les symptômes avaient été détaillés précédemment. Ces symptômes psychiques entraînaient néanmoins une légère réduction initiale de la capacité de travail, surtout due à sa forte fixation sur ses problèmes physiques, sa capacité de concentration restreinte et au rythme de travail ralenti. La reprise des contacts sociaux ne s'avèrerait pas plus difficile s'il faisait preuve de la volonté nécessaire. Les handicaps ou restrictions engendrés par d'éventuels troubles physiques réels ne pouvaient pas être évalués séparément dans le cadre d'expertise psychiatrique. Il n'y avait pas de restriction durable à dénoter pour l'activité de pizzaiolo ainsi que pour toutes activités correspondant à l'âge et au niveau d'éducation de l'assuré. Il convenait d'envisager une éventuelle réduction de la capacité de travail de maximum 20 % sur une période maximale de 6 mois. Les attestations d'incapacité de travail de plus de 20 % voire jusqu'à 100 % délivrées à M. A_____ n'étaient, d'un point de vue purement psychiatrique, pas justifiées. Même dans une activité parfaitement adaptée, il y avait lieu de partir du principe d'une capacité de travail initialement réduite de maximum 20 %, pour une période maximale de 6 mois.!

24. Le 11 juillet 2013, la Dresse M_____ a retenu, en fonction de l'expertise du Dr J_____, que M. A_____ ne présentait pas d'atteinte incapacitante. La situation était la même que celle qui prévalait lors de la première demande et lors du refus de prestations. Il n'y avait pas de critère de gravité. La capacité de travail était entière. Les conclusions du rapport SMR du 19 décembre 2011 restaient valables. !

25. Le 19 juillet 2013, l'OAI a soumis un projet de décision à l'assuré. Les prestations étaient refusées.!

26. Par courrier du 2 septembre 2013 de l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS), l'assuré s'est opposé au projet de décision. Il considérait souffrir d'un état dépressif sévère, décrit comme tel par l'expert sans pour autant, à tort, qu'il ne le retienne dans les diagnostics invalidants. Il produisait un rapport de la Dresse R_____ du 28 août 2013 et sollicitait l'annulation du projet et la mise en place d'une contre-expertise, son cas ayant été examiné deux fois par le même expert, lequel aurait, par la force des choses, persisté dans ses premières conclusions.!

Le certificat médical de la Dresse R_____ attestait que M. A_____ présentait tous les critères d'un épisode dépressif majeur d'intensité sévère, soit une tristesse importante avec anédonie, aboulie, perte d'espoir, troubles du sommeil (réveils nocturnes, cauchemars), anxiété importante, ruminations anxieuses et idées suicidaires. Cet épisode dépressif majeur altérait profondément le fonctionnement socioprofessionnel du patient et compromettait la reprise d'une activité professionnelle. La compliance au suivi psychiatrique et au traitement antidépresseur était bonne mais M. A_____ était résistant au traitement. En outre, il rapportait des douleurs invalidantes depuis un accident survenu en décembre 2009. Le refus de toutes prestations AI semblait injustifié au praticien. Au vu de la symptomatologie décrite, le médecin sollicitait une reconsidération de la demande de prestations. 27. Le 10 janvier 2014, la Dresse M_____ du SMR a relevé que le diagnostic de la Dresse R_____

ne se basait que sur des données anamnestiques. Aucun critère objectif et aucun status n'était décrit. Les médecins de Belle-Idée retenaient toujours le même diagnostic (selon lettre de sortie du 7 mai 2012 et rapport médical du 22 octobre 2012), avec élément psychotique qui n'était plus signalé. L'état psychique avait donc plutôt tendance à s'améliorer. Les éléments reçus n'apportant pas d'éléments nouveaux, il convenait de maintenir les conclusions.![endif]>![if> 28. Par décision du 20 janvier 2014, l'OAI a refusé toute prestation à M. A_____. L'atteinte à sa santé n'était pas considérée comme invalidante au sens de l'assurance invalidité. L'expert considérait que la capacité de travail était entière dans toute activité professionnelle. Les conditions d'ouverture du droit à la rente ainsi que les conditions du droit aux mesures de réadaptation n'étaient pas remplies. Le courrier du 2 septembre 2013 n'apportait pas d'élément nouveau.![endif]>![if> 29. Par courrier du 21 janvier 2014, l'APAS a retourné la décision sur laquelle ne figurait pas le nom de l'assuré. Il sollicitait la notification d'une nouvelle décision, complétée.![endif]>![if> 30. Le 18 mars 2014, l'APAS a relancé l'OAI relevant être sans nouvelles de leur part depuis le 10 septembre 2013, date à laquelle l'OAI avait accusé réception de leur courrier du 2 du même mois. L'assuré sollicitait de savoir au plus vite où en était l'instruction de ce dossier et à quelle date approximative l'OAI allait statuer.![endif]>![if> 31. Le 4 avril 2014, l'OAI a notifié une décision de refus des prestations à M. A_____. La motivation reprenait celle développée le 20 janvier 2014.![endif]>![if> 32. Le 16 avril 2014, M. A_____ a interjeté recours auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Chambre des assurances sociales ou la Chambre de céans).![endif]>![if> Il a conclu à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, la décision litigieuse annulée, le droit à une rente entière d'invalidité lui soit accordé, le tout sous suite de frais et dépens. L'expertise du Dr J_____ ne répondait pas aux critères jurisprudentiels. Aucune valeur probante ne pouvait lui être accordée, compte tenu du contenu de celle-ci tant à l'égard de l'assuré qu'à l'égard des confrères. A l'égard de l'assuré, le Dr J_____ n'avait pas su garder la distance requise par son rôle envers le patient. Il n'accordait aucun crédit aux déclarations de l'intéressé et utilisait des tournures de phrases dévalorisantes. A titre d'exemple, non exhaustif, le recourant citait : « selles avec prétendue tendance à la constipation (p. 9); M. A_____ déclare trop facilement ne pas pouvoir se souvenir et répond parfois à côté de la question de manière provocante (p. 10); ses prétendues voix (p. 10); il indique alors un peu trop facilement qu'il ne se souvient de rien (p. 10); les souvenirs récurrents sous forme de flashback ne sont pas objectivables (p. 10); phénomène de gambergage (p. 10); pendant l'entretien il sursaute à plusieurs reprises, le visage déformé par la douleur et prétend qu'il doit bouger en raison de douleurs lancinantes (p. 11); M. A_____ s'est plaint sans cesse qu'il entend des voix qui le somment de se suicider ; à ce propos, il convient de préciser que les descriptions de l'assuré sont démonstratives, manipulatrices et enfin de compte peu convaincantes (p. 16); il prétend qu'il entend des voix également à la maison (p. 16); ses pseudos hallucinations acoustiques sur lesquelles la médication neuroleptique prescrite n'a prétendument aucun effet (p. 16), etc. Ces remarques tendaient à démontrer que l'expertisé était un simulateur et qu'aucun crédit ne pouvait être accordé à ses déclarations. Pourtant dans son rapport du 9 octobre 2014, la Dresse R_____ indiquait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. L'ensemble des plaintes de l'assuré était donc mis en doute, avant d'être écarté. L'expert concluait à ce qu'il y avait lieu de partir d'une simulation consciente alors que les simulations dont il était question (hallucinations, agressivité, stratégies d'évitement, flashbacks etc.) étaient pourtant documentées dans des

rapports d'hospitalisation des HUG. On ne voyait pas pourquoi le patient aurait simulé de tels troubles et encore moins menti sur le fait qu'il souffrait de constipation. De surcroît, lesdits troubles correspondaient à un état de stress post-traumatique. Il était inimaginable que le recourant ait été suffisamment informé pour simuler un tel éventail de troubles, qu'il s'y soit tenu durant tout son traitement ambulatoire depuis 2009 et qu'il les ait accentués significativement le 15 mars 2012 pour simuler l'aggravation justifiant des hospitalisations. La vision du Dr J_____ était arbitraire à l'égard de l'expertisé. Par ailleurs, à l'égard de ses confrères, l'expert ne se limitait pas à dévaloriser le patient. Il s'en prenait également, de manière virulente, à l'ensemble du corps médical des HUG, les accusant de modifier sciemment les diagnostics (p. 19). Il prétendait que les diagnostics posés étaient faux, aux de favoriser la demande de prestations AI « le diagnostic d'un SSPT n'est ainsi guère justifiable et semble être construit de toute part. Il est manifestement marqué par l'effort de remplacer le diagnostic à priori non invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant afin de soutenir l'assuré dans sa demande de perception de prestations de l'assurance invalidité. A la lecture de la correspondance et des divers rapports médicaux élaborés par les différentes institutions des HUG, ces tendances ressortent sans cesse » (p. 19). A croire l'expert, un complot était ourdi par l'ensemble des médecins des HUG travaillant tant en milieu hospitalier qu'en milieu ambulatoire afin d'assurer l'octroi d'une rente à l'intéressé. Même si l'on faisait abstraction du côté invraisemblable d'une telle hypothèse, on voyait mal à quelle motivation les soignants auraient pu obéir. Ils n'avaient en effet aucun intérêt à ce que leur patient reçoive une rente. En revanche, le Dr J_____ semblait très régulièrement mandaté par les assureurs pour réaliser des expertises. En ce sens, théoriquement, on pouvait imaginer, sans doute à tort, qu'il pouvait avoir des intérêts financiers à préserver en rendant des expertises conformes aux attentes des assureurs. Le recourant avait été suivi aux HUG par de nombreux médecins fonctionnant entre eux sur des liens hiérarchisés dans un cadre universitaire. Leurs compétences ne pouvaient ainsi être remises en question comme le faisait le Dr J_____. Ce dernier, confronté à des constatations cliniques réitérées différentes des siennes, n'offrait pour seule explication sur ces divergences que sa conviction d'une volonté délibérée des médecins des HUG de tromper l'assurance invalidité. Sa vision fantaisiste des choses et son manque de retenue n'étaient plus du tout dans le rôle que l'on était en droit d'attendre d'un expert. Il faisait clairement preuve d'arbitraire. Les divergences entre l'expert et les médecins de l'assuré n'étant pas élucidées à satisfaction de droit, les plaintes de l'assuré n'ayant pas été prises en compte, l'expertisé ayant été dénigré tout comme les confrères de l'expert, il convenait de considérer que l'expertise était totalement arbitraire et n'avait aucune valeur probante. 33. Par réponse du 16 juin 2014, l'OAI a persisté dans les termes de sa décision. Le rapport d'expertise traitait de manière exhaustive et circonstanciée des points litigieux et répondait à tous les réquisits jurisprudentiels. L'OAI s'étonnait de l'interprétation faite par le conseil du recourant. L'expert s'était limité à retranscrire les constatations objectives faites lors de l'entretien avec le recourant et à discuter de manière détaillée sa position par rapport aux avis médicaux divergents figurant au dossier. Il avait de ce fait rempli sa mission d'expert. 34. Invité à répliquer, le 8 juillet 2014 le recourant a persisté dans ses conclusions. L'importance que conférait la CEDH aux rapports médicaux fournis par les médecins traitants, en vertu du principe de l'égalité des armes, était rappelée à l'OAI. 35. Par courrier du 9 juillet 2014, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger. 36. Par courrier du 1^{er} septembre 2014, l'APAS a transmis à la Chambre de céans copie d'un rapport médical des HUG du 20 août 2014

reçu le 28 août 2014.![endif]>![if> Selon l'attestation médicale signée du Dr S_____ et de la Dresse T_____, Monsieur A_____ était suivi à la consultation du CAPPI des Eaux-Vives. Le Dr S_____ était en charge du patient depuis le 1^{er} novembre 2013. Il le voyait en consultation environ une fois par mois. Il présentait une aboulie complète confirmée par son épouse. Il passait ses journées au lit sans aucune activité, ne tolérait la présence de personne. La thymie était triste avec des idéations suicidaires passives. Les discours du patient étaient pauvres, stéréotypés et principalement axés autour de son ressenti physique. On décelait cependant clairement la présence d'éléments délirants à thème persécutoire relativement construits : le patient serait en conflit avec ses voisins car ces derniers auraient tenté de séduire ses filles aînées, respectivement âgées de 14 et 11 ans. Le patient ne pouvait cependant pas porter plainte car les voisins qui étaient propriétaires d'un restaurant invitaient régulièrement des agents de police à manger gratuitement. Selon ladite attestation médicale, le patient se plaignait également d'hallucinations auditives mal systématisées. Ce tableau clinique semblait relativement stable dans le temps. Les prédécesseurs du Dr S_____ et lui-même avaient essayé un grand nombre de traitements médicamenteux avec peu de succès. L'évolution de la pathologie, la pauvreté des affects observés et rapportés, l'aboulie complète, la thymie triste, l'anxiété, le délire de persécution ainsi que les hallucinations auditives parlaient en faveur d'une dépression sévère avec des éléments psychotiques, un trouble schizo-affectif ou une dépression sévère aggravée d'un trouble délirant. Il semblait que le patient souffrait d'une pathologie de la lignée psychotique, même s'il était difficile avec les éléments cliniques disponibles, de trancher en faveur d'un diagnostic décrit plus haut plutôt qu'un autre. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme seul n'expliquait pas l'ensemble de la symptomatologie. Dans tous les cas il s'agissait d'une pathologie grave qui avait un effet sur la capacité de travail du patient. Dans ce contexte, la demande de recours de M. A_____ contre la décision du 4 avril de l'OAI semblait justifiée aux praticiens. 37. L'OAI ne s'est pas manifesté dans le délai au 22 septembre 2014 accordé par la Chambre de céans pour d'éventuelles observations.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} 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, la décision litigieuse du 4 avril 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, 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).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations invalidité, singulièrement sur le caractère invalidant de l'atteinte à la santé.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet,

il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 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). 9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!endif]>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée

aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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). 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). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 12. En l'espèce, l'intimé nie le droit du recourant à des prestations invalidité, en considérant que l'atteinte à la santé de celui-ci n'a pas de caractère invalidant. Elle se fonde sur le rapport du Dr J _____ dont il convient d'analyser la valeur probante, le recourant la contestant. 13. A l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître

les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst, art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).!> En l'espèce, le rapport litigieux ne consiste pas en une expertise au sens de la jurisprudence, l'assuré n'ayant pas eu la possibilité de choisir l'«expert» ni de se déterminer au préalable sur les questions. 14. Le rapport du 7 janvier 2013 du Dr J_____ vient compléter, à la demande de l'intimé, le rapport effectué le 22 novembre 2010 à l'attention de la SWICA et complété par observations du 1^{er} mars 2011 au même destinataire.!> Pour son rapport de janvier 2013, le Dr J_____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré qu'il a dûment rencontré le 13 décembre 2012. L'anamnèse est complétée par les éléments nouveaux. Le praticien liste les documents médicaux en sa possession, dont toutes les pièces importantes en possession de la chambre de céans. Le rapport décrit les conditions pour lesquelles le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme n'est pas retenu. Le praticien écarte toute comorbidité psychiatrique de gravité, acuité et durée considérable est délicate. Il part de la prémisse que « les descriptions de l'assuré sont très démonstratives, manipulatrices et en fin de compte peu convaincantes. » « Ces pseudo-hallucinations acoustiques, sur lesquelles la médication neuroleptique prescrite n'a prétendument aucun effet, sont décrites par Monsieur A_____ de manière très démonstrative et dramatique, sans pour autant influencer ses actes. « Des doutes considérables subsistent quant à l'authenticité de ses descriptions et des phénomènes déplorés ». (p. 16, 4^{ème} §). Les doutes de l'«expert» sont précédemment décrits sous la rubrique « résultats d'examen objectifs » qui comprend tout à la fois des appréciations subjectives du praticien et des termes péjoratifs à l'encontre de l'assuré : « l'assuré déclare trop facilement ne pas pouvoir se souvenir » (p. 10, 3^{ème} § ; « il indique alors un peu trop facilement qu'il ne se souvient de rien » (p. 10, 6^{ème} §); « il utilise une béquille de manière démonstrative » (p. 11, 2^{ème} §), il s'empêtre dans des contradictions croissantes ; p. 10, 5^{ème} §) ; « il prétend qu'il doit bouger en raison de douleurs lancinantes (p. 11, 2^{ème} §) ; il ne cesse de décrire ses douleurs dans le détail (p. 11, 2^{ème} §) ; il est assez susceptible au sujet de ses douleurs (p. 11, 2^{ème} §). » Fondé sur cette appréciation (« son attitude sans cesse démonstrative avec de fortes tendances à l'exagération, jouent un rôle décisif (p. 20, 2^{ème} §), tous les récits de l'assuré relatifs à ses activités et à son quotidien sont sans cesse très démonstratifs et exagérés. Le « rayon d'action » est manifestement bien plus grand qu'indiqué », le médecin conteste toute comorbidité psychiatrique de gravité, acuité et durée considérable ainsi que des autres facteurs retenus par la littérature. Or, certains exemples ne sont pas convaincants quant à l'explication qui y est donnée : « il répond parfois à côté de la question de manière provocante (p. ex. jour de la semaine et date, pour le jour il répond d'abord dimanche pour se corriger rapidement et donner la bonne réponse ; pour le mois, il mentionne d'abord juillet pour se corriger et indiquer décembre) p. 10, § 3) . Il sera revenu sur les conséquences de cet exemple ci-après. De surcroît, l'«expert» a une opinion divergente de tous autres praticiens se sont occupés du patient et qui retiennent des diagnostics invalidants. Or, ceux-ci sont nombreux. Certains sont effectivement des médecins-traitants, tels les Drs B_____, F_____, L_____, R_____. Plusieurs autres ne peuvent pas être qualifiés à proprement parler de médecins-traitants, à l'instar des Drs K_____, E_____, N_____, O_____, P_____, S_____ et T_____. Or, s'agissant, pour plusieurs, de constatations faites suite à une hospitalisation, ils ont eu le loisir

d'observer le patient sur plusieurs jours. La prémisse de l'expert selon lequel le patient exagère ses plaintes de façon excessivement démonstrative ne ressort d'aucun rapport médical des HUG. Cette discrédance remet en cause les résultats d'examens objectifs réalisés par l'expert. Enfin, les propos dévalorisants voire insultants portés à l'encontre des praticiens des HUG ne permet pas de retenir que l' « expert » aboutit à des résultats convaincants, et qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). « Le diagnostic d'un SSPT n'est ainsi guère justifiable et semble être construit de toutes parts. Il est manifestement marqué par l'effort de remplacer le diagnostic à priori non invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant afin de soutenir l'assuré dans sa demande de perception de prestations de l'assurance-invalidité. » (p. 19, 3^{ème} §). « Le diagnostic peu spécifique « autres modifications durables de la personnalité » est formulé sans pour autant être justifié par quelques lignes dans le rapport, démarche qui peut être attendue par un hôpital psychiatrique universitaire au terme d'une période d'observation en milieu résidentiel » (p. 19, 5^{ème} §). Et l'expert de conclure qu'il n'y a pas lieu de partir d'une réelle comorbidité psychiatrique au sens d'une maladie psychique concomitante de gravité, acuité et durée considérables, juste après avoir rappelé que « les traits de la personnalité de l'expertisé accentués, ainsi que son attitude sans cesse démonstrative avec de fortes tendances à l'exagération, jouent un rôle décisif. » L'exemple cité par l'expert sous les « résultats d'examen objectifs » et susmentionné comme étant peu convaincant, est repris ultérieurement pour en déduire que l'assuré simule consciemment, en l'espèce d'être distrait. Les conséquences de la simple question du jour et du mois est donc lourde de conséquence, ce d'autant plus que l'expert poursuit, dans la phrase qui suit : « même les descriptions des voix prétendument entendues et du vécu de persécution restent très démonstratives et clairement manipulatrices et appellatives » (p. 22, 2^{ème} §). Enfin, l' « expert » indique que la poursuite et l'intensification du traitement psychiatrique-psychothérapeutique sont recommandés. Le cas échéant un traitement résidentiel psychosomatique pourrait également être considéré » (p. 25, réponse à la question 8), alors même que l'expert préconise une pleine et entière capacité de travail. La compatibilité d'une reprise d'activité professionnelle à 100% avec un traitement résidentiel semble difficile. De même, cette réponse laisse à penser que l'état de santé du patient mérite d'être pris en charge de façon plus importante qu'actuellement, laissant sous-entendre une certaine gravité à l'état de santé. Dans ces conditions, des indices concrets permettent de douter du bien-fondé des conclusions de l' « expert ». Le rapport du Dr J_____ ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. 15. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 16. Au vu de ce qui précède, le dossier sera renvoyé à l'OAI pour instruction et investigations auprès d'un autre praticien pour les volets tant psychiatriques

que rhumatologiques. A ce titre, il est relevé que dans son complément du 1^{er} mars 2011, le Dr J_____ fait état, à la deuxième ligne, de sa collaboration avec le Dr C_____, rhumatologue, lors de la première expertise de l'assuré. Or, la seule lecture du rapport du 22 novembre 2010 révèle l'absence de collaboration, le Dr J_____ mentionnant avoir seulement pris connaissance du rapport de son confrère. A ce titre, et notamment compte tenu de la problématique du syndrome douloureux somatoforme persistant, il serait judicieux que les investigations de l'OAI puissent contenir des conclusions émises conjointement par des spécialistes psychiatre et rhumatologue.!

17. Le recours sera admis et la décision du 4 avril 2014 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable ;

Au fond : 2. L'admet partiellement ;

3. Renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance invalidité pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision ;

4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé ;

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière Brigitte BABEL La présidente Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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