

GE_GERICHTE A/43/2018 vom 31. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_43_2018

FR: GE_GERICHTE A/43/2018 du 31 mai 2018

IT: GE_GERICHTE A/43/2018 del 31 maggio 2018

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1983 et originaire de la Syrie, est marié et père de trois enfants nés en 2007, 2012 et 2017. Il est arrivé en septembre 2011 de la Syrie en Suisse, où il demandé l'asile. Actuellement, il est au bénéfice d'un permis F. Depuis son arrivée en Suisse, il a travaillé uniquement du 13 au 26 avril 2015 en qualité d'aide de cuisine, le contrat ayant été résilié après la période d'essai. L'intéressé et sa famille sont pris en charge par l'Hospice général. ![endif]>![if> 2. Dans un rapport du 27 avril 2015, la doctoresse B_____, médecin adjoint au Service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que le patient ne s'était pas rendu au travail le même jour, mais était venu sans rendez-vous à la consultation en raison de douleurs latérothoraciques survenues après avoir « karcherisé » une paroi en hauteur. Au titre des antécédents, la Dresse B_____ a mentionné deux opérations pratiquées en Syrie pour une hernie inguinale en 1997, respectivement une intervention bilatérale aux canaux carpiens en 2011. En outre, l'intéressé souffrait d'une douleur cervicale depuis décembre 2014, pour laquelle il s'était rendu aux HUG en décembre 2014 et à la clinique de la Colline en février 2015. ![endif]>![if> 3. Le 28 avril 2015, l'intéressé s'est rendu au service des urgences des HUG en raison de fortes douleurs cervicales irradiant dans le bras droit (10/10 sur l'échelle de douleurs). ![endif]>![if> 4. Dans un rapport daté du 30 avril 2015, la doctoresse C_____, médecin interne au service des urgences des HUG, a indiqué que l'intéressé avait été admis le même jour dans son service, en raison de l'aggravation des symptômes et de l'inefficacité de l'antalgie. À « l'anamnèse ciblée », le rapport mentionnait qu'en date du 26 avril, l'assuré avait glissé alors qu'il nettoyait une surface en hauteur. Il s'était rattrapé avec le bras droit et avait fait une rotation sur lui-même avec étirement important au niveau de l'épaule. Dans les heures qui avaient suivi, l'assuré avait commencé à présenter des douleurs derrière le bras puis irradiant dans l'avant-bras, puis, après quelques jours, dans la partie latérale de la main droite et en D4-D5. La Dresse C_____ a posé le diagnostic d'affections du plexus brachial droit C7-C8 et attesté une incapacité de travail entière du 30 avril au 8 mai 2015. ![endif]>![if> 5. Le 6 mai 2015, l'employeur a retourné à l'assurance-accidents de l'entreprise, l'Allianz Suisse Société d'Assurance SA, un formulaire de déclaration d'accident. Sous la rubrique « date de l'accident », l'employeur a apposé un point d'interrogation et ajouté la mention manuscrite suivante : « Pour nous il n'y a pas eu accident ». Il a ajouté que l'employé avait « quitté son travail le 26 avril ». Dans la lettre de couverture du 6 mai 2015 jointe au formulaire précité, l'employeur a fait savoir à l'assureur qu'il avait licencié l'assuré le 25 avril 2015 et que son contrat se terminait le 2 mai suivant.

Le 26 avril 2015, l'assuré ne voulait plus travailler et n'écoutait pas les instructions de ses collègues de travail. Vers 20h30, il avait quitté l'établissement alors qu'il n'avait pas fini son service, et ne s'était plus présenté à son lieu de travail. L'employeur était demeuré sans nouvelles de lui jusqu'au 5 mai 2015, date à laquelle il avait reçu une copie du rapport de la Dresse C_____ du 30 avril 2015. Se référant à l'accident qui, aux termes de ce rapport, serait survenu le 26 avril 2015 dans son établissement, l'employeur a mentionné qu'aucun employé n'avait assisté à un tel événement et que tous les employés qui travaillaient le 26 avril 2015 étaient prêts à en témoigner.![endif]>![if> 6. Le 8 mai 2015, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale a été réalisée et a mis en évidence un rétrécissement canalaire en C4-C5 sur extrusion discale avec effet de masse sur la moelle épinière et discrète myélopathie, une protrusion discale para-médiane droite C6-C7 venant au contact de la moelle épinière, et une hernie discale et rétrécissement foraminaux C/D1 droit avec probable conflit avec la racine C8 droite.![endif]>![if> 7. En janvier 2016, l'intéressé a requis les prestations de l'assurance-invalidité. ![endif]>![if> 8. Le 29 janvier 2016, l'assuré a subi une microdiscectomie effusion C4-C5 par le docteur D_____ du Service de neurochirurgie des HUG.![endif]>![if> 9. Par décision du 17 juin 2016, l'assureur-accidents a nié tout droit à des prestations d'assurance, motif pris qu'une fausse déclaration d'accident lui avait été remise intentionnellement. Selon son inspecteur, il n'y avait pas de véritable endroit où l'on pouvait s'accrocher dans la hotte, sauf le bord de la hotte elle-même. Dans ce cas, les pieds touchaient presque terre et il n'était donc pas nécessaire de se faire aider pour ne pas tomber, comme l'assuré l'avait déclaré. Le courrier de l'assuré du 13 mai 2016 renfermait par ailleurs une contradiction. En effet, dans un premier temps, l'assuré indiquait qu'il était resté suspendu à la hotte et qu'il avait dû attendre que deux collègues viennent le retenir et l'aider à descendre. Dans un second temps, il était question d'une « chute » qui avait provoqué notamment des cervico-brachialgies. Or, ni l'employeur ni les deux collègues de travail de l'assuré n'avaient observé un accident ni l'avaient aidé à se relever ou à descendre de la hotte. Un des deux collègues avait en outre déclaré à l'inspecteur de sinistre que l'assuré avait essayé de le convaincre de parler d'un accident, en lui offrant CHF 2'000.-.![endif]>![if> 10. Une électroneuromyographie (ENMG) a été pratiquée le 22 juin 2016. Selon le rapport y relatif du docteur E_____, cet examen ne montrait pas de signes d'atteinte nerveuse périphérique des nerfs ulnaire et médian et il n'y avait pas non plus d'argument pour une atteinte du plexus cervico-brachial à droite. L'origine de la symptomatologie douloureuse pourrait être liée à une lésion de la moelle épinière.![endif]>![if> 11. Dans son rapport du 19 août 2016, la doctoresse F_____, spécialiste en médecine interne, a émis les diagnostics de cervico-brachialgies droites sur hernie discale post-traumatique C4-C5, nécessitant une intervention chirurgicale, de douleurs neurogènes du membre supérieur droit post-traumatique avec probable atteinte médullaire, de tendinopathie de la coiffe avec bursite sous-acromio-deltaïdienne droite, de doigts à ressauts D2 et D4 de la main droite et D3 et D4 de la main gauche, opérés, et d'état dépressif modéré réactionnel. Dans l'anamnèse est mentionné notamment un accident survenu le 26 avril 2015. En ce qui concerne les suites de la microdiscectomie, l'assuré ne notait pas d'amélioration au niveau des douleurs, lesquelles restaient importantes. Il souffrait des troubles sensitifs au niveau du membre supérieur droit et ressentait comme une brûlure de la face latéro-interne de l'avant-bras droit et des deux derniers doigts D4 et D5 de la main droite avec une hypoesthésie locale. Il se plaignait également d'importantes douleurs au niveau para-cervical, ainsi que des trapèzes, qui irradiaient au niveau de l'épaule droite. Suite à

l'introduction d'un traitement de Lyrica, mal toléré et arrêté, puis réintroduit à petites doses, on notait une très légère amélioration. Au vu de l'état dépressif réactionnel, un traitement de Duloxetine était introduit en juillet 2016 dont les effets étaient encore à réévaluer. On notait de multiples symptômes dépressifs avec tristesse, anhédonie et troubles du sommeil. L'incapacité de travail était de 100 % et le pronostic réservé.!

12. Dans son courrier du 21 décembre 2016, le Dresse F_____ a indiqué à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) que le traitement de Duloxetine mis en place en août 2016 avait été malheureusement mal toléré, si bien qu'il avait été arrêté. Les séances de physiothérapie régulières n'avaient pas apporté une grande amélioration des douleurs, ni l'application de patchs de Neurodol ni un traitement myorelaxant. L'assuré souffrait toujours d'importantes douleurs mixtes mécaniques et neuropathiques au membre supérieur droit, associées à des cervicalgies importantes, ainsi que d'un état dépressif modéré. La capacité de travail était actuellement nulle dans toute activité. !

13. En raison des cervicobrachialgies droites chroniques, ainsi que de l'état anxio-dépressif, l'assuré a été adressé à la consultation ambulatoire de la douleur des HUG où il a été vu en novembre et décembre 2016. Dans leur rapport du 23 décembre 2016, les médecins de cette consultation ont évoqué le diagnostic d'algoneurodystrophie. Une partie de la symptomatologie pourrait aussi être en lien avec une tendinopathie de l'épaule droite. Ils ont par ailleurs fait des propositions de traitement. !

14. Le 4 janvier 2017, l'assuré a fait l'objet d'un scanner cérébral qui n'a mis en évidence aucune anomalie. !

15. Dans son rapport du 19 janvier 2017, le Dr D_____ a attesté que le contrôle de routine suite à l'intervention du 29 janvier 2016 était dans la norme. Le patient décrivait toutefois la persistance d'une dysesthésie dans le bras droit. !

16. Le rapport relatif à une IRM de la colonne cervicale, pratiquée le 15 février 2017, a conclu à un status post-disectomie C4-C5 avec la séquelle de myélopathie à ce niveau. Il n'y avait pas de nouvelle lésion au niveau de la moelle, mais un discret rétrécissement foraminaux au niveau C7-D1. !

17. Par décision du 23 février 2017, l'assureur-accidents a été rejeté l'opposition de l'assuré contre sa décision du 17 juin 2016. Par arrêt du 22 juin 2017, la Chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré contre cette décision et l'a condamné à un émolument de justice de CHF 1'000.-, considérant le recours comme manifestement téméraire au vu de ses déclarations contradictoires et invraisemblables (ATAS/526/2017). !

18. Le 27 mars 2017, l'assuré a été vu à la consultation spécialisée du rachis par les Drs G_____ et H_____ du service de rhumatologie des HUG. Dans leur rapport du 29 suivant, ces médecins ont constaté qu'il présentait des cervico-brachialgies bilatérales et des lombalgies mal systématisées dans un contexte social difficile à haut risque de chronicisation. Une composante irritative post-traumatique (suite à un accident de 2015) n'était pas exclue sur le territoire C8 ou du nerf ulnaire, mais n'expliquait pas l'ensemble de la symptomatologie. Il n'y avait pas d'éléments pour une algoneurodystrophie. La symptomatologie et le contexte social évoquaient un glissement vers un syndrome douloureux chronique. A l'examen clinique, il était impossible de tester la mobilité de la nuque et des lombaires à cause des douleurs. La force était ininterprétable, car tous les tests étaient douloureux à la nuque et aux bras avec un patient qui ne résistait pas et n'essayait pas de faire les mouvements indiqués. Même le testing de la force des mains et des pieds était douloureux à la nuque. Il n'y avait pas de tuméfaction ni de troubles trophiques. !

19. Dans son rapport du 10 avril 2017, le Dr D_____ a émis le diagnostic de syndrome douloureux chronique. La nouvelle IRM réalisée ne montrait pas de compression résiduelle C4-C5, mais une myélopathie radiologique résiduelle ou séquellaire

à ce niveau. Au niveau C6/7 et C7/D1, il y avait une diminution de la protrusion discale, sans conflit radiculaire résiduel décelable. Ce médecin n'avait pas de solution à offrir pour améliorer les douleurs de l'assuré.![endif]>![if> 20. En août 2017, l'assuré a été examiné par le docteur I_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH au service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR). Ce médecin n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur celle-ci étaient les suivants : status post-disectomie C4-C5 avec arthrodèse par cage intersomatique, canal cervical étroit sur hernie discale avec myélopathie, discopathie cervicale étagée sans compression radiculaire ni médullaire, discrète tendinopathie insertionnelle des sous-scapulaire, sus-épineux, et sous-épineux avec minime bursite sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule droite, status post-cure de canal carpien bilatérale en 2011 et status post-cure de doigts à ressauts du 2^{ème} et 4^{ème} rayon de la main droite en 2012. L'assuré mobilisait spontanément la tête en phase d'entretien, sans manifestation algique. En phase d'examen, il bloquait la colonne cervicale et n'effectuait plus aucun mouvement avec le bras droit, alléguant de trop fortes douleurs. Les amplitudes articulaires de l'épaule droite n'étaient pas évaluables en raison des autolimitations et elles étaient également diminuées à gauche. Les muscles de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps n'étaient pas non plus évaluables. L'assuré lâchait en outre contre une faible résistance aux quatre membres, alléguant des douleurs du bras, de l'épaule et de la nuque du côté droit. Lors de chaque mouvement articulaire, même les chevilles, il se plaignait de douleurs. Il signalait aussi une diminution de la sensibilité tactile sur l'ensemble du bras droit. Peu de temps après l'examen clinique, l'assuré avait été vu par hasard dans un grand magasin par le médecin du SMR et un confrère, le docteur J_____. L'assuré soulevait alors de manière symétrique les membres supérieurs et plaçait ses deux bras à hauteur de l'horizontale sans manifestation algique. Les plaintes étaient donc subjectives avec des autolimitations intermittentes, particulièrement marquées en phase d'examen et inexistantes lorsque l'assuré ne se sentait pas observé. Il se plaignait de déclenchement de douleurs dans le bras droit, même lorsque ce membre n'était pas stimulé. Lors de l'évaluation de la force, il ne produisait aucun effort aux quatre membres, alors qu'il parvenait ensuite à se lever et à marcher sans la moindre faiblesse. Le discret signe de tendinopathie n'expliquait pas l'impotence fonctionnelle de l'épaule droite au moment de l'examen. Les douleurs importantes et le lourd handicap allégué par l'assuré ne s'expliquaient pas non plus par l'atteinte cervicale dégénérative avec des signes radiologiques myélopathiques, ni par la tendinopathie des coiffes des rotateurs. Par ailleurs, le Dr D_____ n'avait pas constaté d'amyotrophie du bras, malgré sa non-utilisation. Les fluctuations des autolimitations ne reflétaient pas une souffrance physique réelle mais évoquait fortement la simulation d'une impotence du bras droit. Dans ce contexte, les informations fournies par l'assuré pour évaluer ses ressources physiques n'étaient pas fiables. Ses déclarations étaient en outre contradictoires, dans la mesure où il disait dans un premier temps qu'il ne faisait plus rien, puis qu'il accompagnait régulièrement sa fille pour l'école, se rendait à l'église et fréquentait souvent des personnes de la paroisse. Ces activités suggéraient que l'assuré n'était pas aussi handicapé qu'il le prétendait. Selon son médecin traitant, il y avait une incapacité de travail totale du 26 avril 2015 au 29 avril 2016. Dès cette date, la capacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeur était totale, sous réserve de la tolérance aux contraintes mécaniques de la colonne cervicale et aux contraintes mécaniques de l'épaule droite.![endif]>![if> 21. Le 11 août 2017, Monsieur K_____, physiothérapeute aux Bains de Cressy, a attesté avoir suivi l'assuré depuis fin février 2017 dans le cadre d'une

balnéothérapie. Les mouvements dans l'eau étaient quasi inexistantes et la douleur était omniprésente. La mobilisation douce en thérapie manuelle avait empiré l'état de l'assuré.![endif]>![if> 22. Le 11 octobre 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les prestations, sur la base de l'examen du SMR.![endif]>![if> 23. Par décision du 21 novembre 2017, l'OAI a confirmé le projet de décision, sur la base de l'examen du SMR.![endif]>![if> 24. Par acte du 8 janvier 2018, l'assuré a formé opposition à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens. Il s'est prévalu de la lettre du 21 décembre 2017 du Dr L_____ (recte : Dr E_____), selon lequel il souffrait de cervicobrachialgies droites importantes et invalidantes. En phase aigüe, cette pathologie avait nécessité une hospitalisation de six jours durant la semaine 50 de 2017. Par ailleurs, selon le rapport du 20 décembre 2017 de sa psychiatre, il avait présenté une dépression sévère en mars 2017. Un traitement antidépresseur avait été instauré durant son hospitalisation aux HUG. En ce qui concerne le soupçon de simulation émis par le Dr I_____, le recourant a admis s'être rendu dans un magasin veveysan après son examen par ce médecin, mais a contesté avoir utilisé son bras droit pour manipuler des vêtements, la douleur rendant un tel geste impossible. Le recourant a reproché à l'intimé une instruction médicale lacunaire, omettant notamment d'instruire la pathologie psychiatrique. Les conclusions du Dr I_____ étaient par ailleurs contredites par l'appréciation du neurologue qui avait constaté une tétraparésie fluctuante d'origine fonctionnelle. Il apparaissait ainsi que la pathologie somatique ne relevait pas ou peu de la rhumatologie, mais plutôt de la neurologie, ce qui affectait la valeur probante des conclusions du médecin rhumatologue du SMR. Les conclusions de celui-ci étaient enfin biaisées par le fait qu'il avait cru l'observer dans un grand magasin, ce qui entachait la valeur probante de son rapport d'examen. Cela étant, il s'avérait nécessaire de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire judiciaire.![endif]>![if> 25. À l'appui de ses dires, le recourant a produit le rapport 21 décembre 2017 du Dr E_____ dans lequel le recourant souffrait d'une persistance de cervico-brachialgies droites invalidantes et importantes avec apparition d'une faiblesse, surtout en phase aigüe comme durant la semaine passée, ayant nécessité l'hospitalisation du recourant durant six jours aux HUG. Il avait présenté des difficultés à la mobilisation avec une faiblesse des quatre membres et avait dû être évacué en urgence aux HUG par ambulance. Un bilan clinique, biologique et radiologique n'avait pas montré de nouvelles lésions médullaires ou lésions cérébrales. Un épisode semblable de déficit de la force des quatre membres semblait s'être présenté déjà l'année passée. Durant ces épisodes de faiblesse, le recourant présentait des difficultés à se lever, décrivait la survenue de douleurs importantes au niveau de la région cervicale irradiant dans le membre supérieur droit et une faiblesse de ce membre. À l'examen, le recourant présentait des faiblesses assez diffuses du bras droit. Il y avait aussi une diminution diffuse de la sensibilité des membres supérieurs droits sans territoire radiculaire ni tronculaire bien défini. Les réflexes myotatiques étaient normaux vifs et symétriques. La marche était sans particularité. Le bilan large effectué ne montrait pas de signes d'aggravation lésionnelle tant au niveau cervical qu'au niveau cérébral. Le recourant était connu pour une composante d'atteinte séquellaire très probablement médullaire cervicale qui pourrait expliquer les symptômes au niveau du bras droit, en particulier les douleurs. Toutefois, la composante faiblesse des quatre membres restait de type psychosomatique avec un contexte anxieux dépressif et des difficultés sociales. ![endif]>![if> 26. Le recourant a également produit avec son recours le rapport du 20 décembre 2017 de la doctoresse M_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, qui

suivait le recourant depuis mars 2017. Elle a exposé que le recourant aurait commencé à présenter des symptômes anxio-dépressifs en 2015, lesquels s'étaient aggravés entre 2016 et 2017. Il était au bénéfice d'une psychothérapie cognitivo-comportementale associée à un traitement médicamenteux antidépresseur. Au fil de la thérapie, le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque avait été posé, le recourant se sentant persécuté par tout le monde, étant méfiant et procédurier. Par moment, il présentait des idées délirantes de persécution sans hallucinations, notamment dans les périodes de stress important. Le facteur de crise à l'origine de la dernière hospitalisation aux HUG était lié à un problème avec la maîtresse de son fils. Il avait décidé de la surveiller lorsque celle-ci s'était plainte du comportement agité de son fils aîné. Le directeur de l'école avait alors décidé de l'éloigner, ce que le recourant avait trouvé scandaleux. Il avait déclaré à sa psychiatre que la maîtresse était folle et qu'elle avait interprété ses moindres gestes anodins comme bizarres et inadéquats. Enfin, selon cette psychiatre, l'épouse du recourant était épuisée par la situation à la maison, trouvant son mari triste, détaché, s'occupant moins de sa famille et se montrant par moment agressif avec elle. 27. Par écriture du 16 février 2018, le recourant a produit des pièces complémentaires et a conclu à ce que l'apport des rapports médicaux par les HUG soient ordonnés. Il a notamment produit l'avis de sortie du 13 décembre 2017 du service de neurologie des HUG où il avait séjourné depuis le 8 décembre. Le diagnostic était une tétraparésie fluctuante, spontanément régressive avec des cervicobrachialgies droites chroniques sur hernie discale avec myélopathie cervicale traitée par microdissectomie, un syndrome de stress post-traumatique probable et des céphalées. Globalement, l'évolution pendant l'hospitalisation était favorable avec une régression totale des symptômes moteurs, ainsi qu'une amélioration des douleurs avec une antalgie simple. 28. Le 21 mars 2018, le recourant a transmis à la chambre de céans son dossier médical constitué par les HUG. 29. Dans son préavis du 23 mars 2018, le docteur N_____ du SMR a constaté que le Dr E_____ reprenait la symptomatologie neurologique déjà connue et décrite par le Dr I_____, et ne donnait pas d'éléments pour une éventuelle aggravation, confirmant le caractère psychosomatique des troubles neurologiques des quatre membres. La lettre de sortie du service neurologique des HUG et le courrier du médecin qui le suivait, confirmaient le caractère fonctionnel des atteintes neurologiques. La Dresse M_____ décrivait une situation psychique très dégradée avec un trouble de la personnalité paranoïaque sévère et des idées délirantes de persécution très importantes. Elle ne précisait cependant pas quand l'état psychique de l'assuré s'était dégradé. De nouvelles informations médicales étaient nécessaires, en particulier pour connaître la sévérité des troubles de la personnalité et depuis quand ils s'étaient éventuellement aggravés. 30. Dans ses écritures du 29 mars 2018, l'intimé a conclu au renvoi de la cause à ses services pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au vu de l'avis précité du SMR. 31. Entendu le 17 mai 2018 par la chambre de céans, le recourant a déclaré ce qui suit: " Je me sens très fatigué et déprimé. La vie en Suisse est en soi très agréable, mais mes problèmes m'accablent. Mes deux enfants à l'école vont très bien. Au début, il y avait un malentendu avec une maîtresse de mon fils. Toutefois, la maîtresse dit maintenant que mon fils va beaucoup mieux. Je suis devenu père il y a plus d'une année d'une petite fille qui va bien grâce à Dieu. Je me lève à 7h du matin et prend mon petit déjeuner avec mes médicaments. Puis j'accompagne mon fils à l'école. Une fois rentré à la maison, je fais des activités avec ma femme et ma fille, c'est-à-dire je joue un peu avec ma fille, et me repose. A 11h15, je vais chercher mon fils de nouveau à l'école et je déjeune ensuite avec ma femme et mes enfants. C'est ma femme qui

prépare le repas. D'ailleurs elle fait tout à la maison. Je vais aussi chercher mon fils à la sortie de l'école. A la maison je m'occupe de lui, réponds à ses questions et l'aide si je peux. Après le repas du soir, les enfants se couchent à 19h30. Je raconte généralement une histoire à mon fils et m'endors parfois avec lui. Sinon, je reste avec ma femme et je regarde la télévision. J'étais auparavant très actif à la paroisse, mais maintenant je le suis nettement moins, parce que j'ai de la peine à rester assis. J'aidais les personnes de langue arabe qui venaient à la paroisse. Pendant les deux premières années en Suisse, j'étais très motivé pour apprendre le français. Toutefois, depuis mon accident, j'ai un problème de prononciation et je n'arrive pas à me concentrer. Par ailleurs, je suis presque paralysé au bras droit, si bien que je n'arrive pas à écrire. Ma femme parle mieux que moi le français. J'ai quelques amis parmi les paroissiens qui m'invitent aussi parfois chez eux. Je prends des antidépresseurs actuellement, à savoir le Cymbalta 60 mg." 32. Sur ce, la cause a été 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 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).! Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 18 décembre et le 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 56ss LPGA).! 3. Est litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité.!

4. 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).! 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). 5. 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 (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). 6. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281 , le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble

somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. 7. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social". a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence. d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2). e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de

tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3). 8. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.!

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte. 9. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.!

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).!

b. 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 LPGA), 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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. 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). 11. 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). Il n'existe 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). 12. a. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique par le Dr I_____ du SMR. Celui-ci n'émet aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, si bien qu'il considère que la capacité de travail du recourant est entière. À l'examen clinique, celui-ci présente essentiellement des autolimitations dans le cadre de plaintes subjectives (douleurs diffuses du bras, de l'épaule, de la nuque et de la région temporale du côté droit). Ces autolimitations sont intermittentes, en particulier en phase d'examen, et inexistantes lorsque l'assuré ne se sent pas observé. Même lorsque le membre n'est pas stimulé, le recourant se plaint de déclenchement de douleurs dans le bras droit. Il dit aussi qu'un simple mouvement de flexion/extension des chevilles les augmente. Alors que le recourant ne produit aucun effort aux quatre membres lors de l'évaluation de la force, il parvient à se lever et à marcher sans la moindre faiblesse. Enfin, la diminution de la sensibilité tactile sur l'ensemble du bras droit, avec conservation des modalités fines de la sensibilité, ne correspond pas à une atteinte neurologique, mais plutôt à un trouble fonctionnel. Concernant l'impotence

fonctionnelle de l'épaule droite, elle n'est pas expliquée par les discrets signes de tendinopathie. Au demeurant, cette impotence n'est plus présente lorsque l'assuré ne se sent pas observé. Il y a en outre de nombreuses incohérences lors de l'examen dans le cadre d'un comportement douloureux avec des signes clairs d'amplification. Le Dr I_____ invoque ainsi une simulation d'une impotence du membre supérieur droit. Enfin, les informations fournies par le recourant pour évaluer ses ressources psychiques ne sont pas fiables. Le fait est qu'il accompagne régulièrement sa fille à l'école, se rend à l'église et fréquente des personnes de sa paroisse suggère qu'il n'est pas aussi handicapé qu'il le prétend.

b. Ce rapport d'examen repose sur la connaissance du dossier médical complet, prend en compte les plaintes du recourant et contient un examen clinique approfondi. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Les incohérences à l'examen clinique sont également confirmées par l'examen à la consultation spécialisée du rachis. En effet, dans leur rapport du 27 mars 2017, les médecins de cette consultation constatent qu'il est impossible de tester la mobilité de la nuque et des lombaires et que la force est ininterprétable, tous les tests étant douloureux à la nuque et aux bras avec un patient qui ne résiste pas et n'essaye pas de faire les mouvements indiqués. Même le testing de la force des mains et des pieds est douloureux à la nuque.

c. Le recourant semble reprocher au médecin du SMR de manquer d'impartialité, dès lors que celui-ci croyait l'avoir vu dans un grand-magasin en utilisant les deux bras. Cependant, le fait de rapporter un événement, même s'il est en défaveur de l'assuré, ne constitue pas une preuve de partialité. Une telle observation est du même ordre que celle constatant que l'assuré est handicapé dans une moindre mesure lorsqu'il ne se croit pas observé. Ces constatations ne peuvent en principe être interprétées comme une malveillance à l'égard de l'assuré. A défaut, le rapport médical ou l'expertise serait lacunaire, le médecin ne pouvant plus s'exprimer librement par peur d'être considéré comme partial. Au demeurant, le rapport d'examen du SMR est rédigé dans des termes très neutres qui ne permettent pas de déceler un parti pris. Enfin, le Dr I_____ a un témoin de ses observations. Le recourant met également en cause la valeur probante du rapport d'examen du SMR du fait que le Dr E_____ relève des cervico-brachialgies droites invalidantes et importantes. Toutefois, concernant la cause de ses douleurs, avec perte de la sensibilité et de la force du membre supérieur droit et avec des épisodes aigus de faiblesse des quatre membres, ce médecin qualifie cette atteinte de diffuse et déclare que son origine reste peu claire. Le bilan large effectué aux HUG ne montre pas de signe d'aggravation lésionnelle tant au niveau cervical qu'au niveau cérébral. Les symptômes présentés par le recourant au niveau du bras droit, surtout les douleurs, pourraient s'expliquer par une composante d'atteinte séquellaire probablement médullaire. Toutefois, la faiblesse des quatre membres est de type psychosomatique, selon ce médecin. Il ne peut pas non plus être considéré que les atteintes du recourant relèvent du domaine de la neurologie, comme le recourant le fait valoir, de sorte qu'il y aurait lieu de le soumettre à une expertise par un neurologue. En effet, aucune anomalie n'a été décelée au niveau neurologique et si le Dr E_____ déclare que la tétraparésie a un caractère fonctionnel, cela veut précisément dire qu'elle n'a pas une cause neurologique.

d. Il ressort donc de cette appréciation que l'origine des douleurs et de la faiblesse alléguées, lesquelles sont au demeurant contredites par le comportement du recourant lorsqu'il ne se croit pas observé, n'est pas connue. Ainsi, ces douleurs pourraient tout au plus justifier le diagnostic psychiatrique de troubles somatoformes douloureux. Toutefois, à l'évidence, les critères du Tribunal fédéral pour attribuer un caractère invalidant à la symptomatologie psychosomatique ne sont pas remplis. En effet, le caractère invalidant doit être nié lorsque

les limitations fonctionnelles résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, tels qu'une discordance entre les douleurs décrites, le comportement observé et l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues. Or, le recourant accumule de telles discordances, comme cela ressort des constatations du Dr I_____. Il est à cet égard également à relever qu'il a tenté d'obtenir des prestations de l'assureur-accidents, en prétendant avoir subi un accident le 26 avril 2015 dans son dernier et unique emploi, ce qui a été formellement nié par ses collègues et l'employeur. Il a même essayé de soudoyer un des témoins, comme cela ressort de la décision du 17 juin 2016 figurant dans le dossier de l'intimé, ainsi que des faits de l'arrêt rendu le 22 juin 2017 par la chambre de céans. Au vu de ses déclarations contradictoires et invraisemblables, il a été condamné à une amende pour téméraire plaideur par la chambre de céans. Ces faits contribuent à rendre les déclarations du recourant peu crédibles. Partant, même si un trouble somatoforme douloureux devait être admis, le caractère invalidant d'un tel trouble devrait de toute manière être nié. d. En ce qui concerne les troubles psychiatriques, comme exposé ci-dessus, le caractère invalidant des troubles psychiques doit dorénavant être évalué sur la base des mêmes critères applicables à l'appréciation du caractère invalidant d'un trouble somatoforme. Or, comme il vient d'être exposé, un critère d'exclusion de ce caractère invalidant est en l'espèce rempli, de sorte que les éventuels troubles psychiques allégués ne pourraient en principe pas être reconnus comme étant incapacitants. À cet égard, il n'apparaît pas que le comportement du recourant, à savoir les incohérences constatées, soient la conséquence d'un trouble psychique. Ses plaintes sont uniquement subjectives et ne sont étayées ni par les faits ni par l'anamnèse, laquelle est au demeurant particulièrement pauvre et ne permet pas de restituer le parcours de vie du recourant, si ce n'est qu'il a travaillé dans l'usine de textile de son père en Syrie, que son épouse y était enseignante et que ses parents vivent actuellement en Turquie. Il n'y a en particulier pas d'éléments sur ses sentiments et son vécu psychique. En ce qu'il est fait référence à une situation psycho-sociale difficile, il convient de relever qu'il ressort du rapport d'examen du SMR que le recourant vit avec sa famille dans un appartement de cinq pièces à Meyrin et qu'il est soutenu par l'Hospice général, si bien que sa situation matérielle est certes modeste, mais non pas catastrophique. Par ailleurs, il est bien intégré dans la paroisse et s'occupe beaucoup des enfants. Il vient en outre d'être père d'un troisième enfant. Ainsi, il bénéficie du soutien de son réseau social. Certes, selon la Dresse M_____, le recourant présente par moment des idées délirantes de persécution, ce qui lui a fait poser le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque. Toutefois, cela n'a été observé par aucun autre médecin ni par la chambre de céans lors de l'audition du recourant. À l'audience du 17 mai 2018, le recourant ne s'est pas non plus plaint de la maîtresse de son fils et a déclaré au contraire que celle-ci lui a fait part de ce que son fils allait beaucoup mieux. Il a uniquement mentionné un malentendu avec la maîtresse. Au demeurant, rien n'indique que cet éventuel trouble de la personnalité affecte la capacité de travail. En effet, les occupations du recourant ne paraissent pas compatibles avec le comportement d'une personne souffrant de troubles psychiques notables, dès lors qu'il amène son fils à l'école, s'occupe de ses enfants, est bien intégré dans la paroisse et parfois invité par des paroissiens. Le critère de la cohérence exigé dans la jurisprudence du Tribunal fédéral n'est ainsi pas rempli. Par conséquent, l'existence de troubles psychiques perturbant le fonctionnement social du recourant et, partant, sa capacité de travail n'est pas vraisemblable. Cela étant, il n'y a pas lieu d'instruire plus loin si le recourant souffre d'un trouble de la personnalité paranoïaque et présente des idées délirantes de persécution. 13.

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 14. Dans la mesure où le
recourant succombe, un émolument de CHF 500.- est mis à sa charge (art. 69 al. 1bis
LAI).
PAR CES 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.