

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/949/2023

ATAS/124/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 février 2024

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Dana DORDEA et Christine
LUZZATTO, juges assesseures**

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1984, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 2 janvier 2020, en produisant un arrêt de travail à 100% du 12 décembre 2019 au 12 janvier 2020 établi par le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il indiquait qu'en novembre 2011, il était parti faire un voyage en Asie du Sud-Est et qu'au Cambodge, où il avait été victime d'une intoxication alimentaire. Depuis ce jour, il souffrait de troubles digestifs hauts (nausées permanentes, vomissements, difficultés à s'alimenter, gastrite et œsophagite à éosinophile). Au début de l'année 2014, il avait commencé à souffrir de troubles digestifs bas (ballonnements, gaz, diarrhées) permanents ainsi que de douleurs et de fatigue chroniques. En septembre 2018, en raison d'une dépression liée à ses problèmes de santé, il avait commencé un suivi avec le Dr B_____. Ne pouvant plus travailler à cause de ses problèmes, il avait démissionné pour la fin de cette année. Son médecin lui avait conseillé de remplir une demande de prestations d'assurance-invalidité.
- b.** Le 29 janvier 2020, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis environ 2013. Les douleurs dont il souffrait, même si elles n'étaient pas expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, étaient intenses, persistantes et s'accompagnaient à l'heure actuelle d'un sentiment de détresse ainsi que d'une altération du fonctionnement social et familial. Les douleurs de l'assuré n'étaient pas responsables de ses difficultés à gérer les activités de son quotidien, mais elles avaient atteint progressivement son état thymique, avec de la tristesse, une baisse de l'estime de soi et une réduction marquée de l'intérêt et de la motivation.
- c.** Le 29 octobre 2019, l'assuré a démissionné de son emploi à C_____ avec effet au 1^{er} janvier 2020, sans explication.
- d.** Le 6 janvier 2020, le Dr B_____ a attesté que pour des raisons de santé, nécessitant une prise en charge rapprochée, l'assuré avait dû résilier son contrat de travail auprès de C_____ pour le 31 décembre 2019.
- e.** Le 29 mai 2020, Madame D_____, de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI, a établi un rapport d'évaluation d'intervention précoce (ci-après : IP) suite à un entretien avec l'assuré du 29 mai 2020. Celui-ci avait décrit, de manière chronologique, un parcours médical laborieux, lors duquel il n'avait pas eu l'impression d'être pris au sérieux. Il semblait avoir à cœur que l'on reconnaisse ses troubles et ses difficultés ainsi que sa volonté de recouvrer sa santé. Il estimait ne pas être en mesure de participer actuellement à une démarche d'intervention précoce. Il lui avait été suggéré de prendre quelques semaines de réflexion.

f. Dans un rapport de clôture en vue de DDP, Mme D_____ a indiqué avoir reçu l'assuré le 15 septembre 2020 et que celui-ci estimait ne pas pouvoir participer, en raison de son état de santé, à des mesures d'IP ou de réadaptation. En conclusion, le mandat IP était clos.

g. Dans un rapport du 26 octobre 2020, le Dr B_____ a indiqué que depuis le début de sa prise en charge en septembre 2018, l'évolution clinique avait été marquée par une péjoration des symptômes thymiques et des limitations fonctionnelles, qui étaient uniformes selon le niveau d'activité de la vie de l'assuré. Il était totalement incapable de travailler. Il avait un suivi psychothérapeutique à raison d'environ un rendez-vous deux à trois fois par mois et un traitement médicamenteux à base de Remeron 30 mg la nuit, mais qu'il arrêté à cause d'une mauvaise tolérance. Il avait une bonne compliance au traitement.

h. Dans un rapport établi par le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine général, le 18 janvier 2021, celui-ci a indiqué avoir suivi l'assuré du 25 mars 2014 au 30 août 2018, puis l'avoir revu à une reprise le 13 août 2020. Il avait été suivi dans l'intervalle par le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

L'assuré avait été totalement incapable de travailler du 16 août au 9 septembre 2018. C'était le seul arrêt de travail prescrit par ses soins. Les autres incapacités de travail avaient été prescrites par d'autres thérapeutes.

Actuellement aucune activité, y compris adaptée, n'était exigible. L'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, d'œsophagite à éosinophile récidivante depuis avril 2012, de douleurs abdominales sur colopathie fonctionnelle versus syndrome douloureux somatoforme.

i. Le 30 mars 2022, le Dr B_____ a indiqué qu'il y avait une stagnation de l'état clinique depuis le début de la prise en charge s'agissant des limitations fonctionnelles de l'assuré. Celui-ci avait un suivi psychothérapeutique à raison d'environ deux à trois rendez-vous par mois ainsi qu'un traitement à base de Remeron, 30 mg la nuit, et de Relaxane, une capsule le soir. Ses douleurs, même si elles n'étaient pas expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, étaient intenses et persistantes et s'accompagnaient à l'heure actuelle d'un sentiment de détresse. Le symptôme ou le déficit n'était pas produit intentionnellement ou feint et provoquait chez l'assuré une altération du fonctionnement familial, professionnel et social. Ses douleurs étaient responsables de ses difficultés à gérer les activités de son quotidien, ce qui correspondait à un diagnostic de trouble somatoforme. Le médecin objectivait à l'heure actuelle des limitations fonctionnelles empêchant toute activité professionnelle.

j. Dans un rapport d'expertise établi, à la demande de l'OAI, le 14 décembre 2022 par le docteur G_____, psychiatrie, le docteur H_____, gastroentérologie, et le docteur I_____, médecine interne générale, du J_____, les experts ont conclu que l'assuré pouvait travailler à 100%, avec une baisse de rendement de 10%

d'ordre gastroentérologique, en raison de la gestion de l'alimentation et des douleurs abdominales chroniques, depuis 2013.

k. Par projet de décision du 5 janvier 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, le 1^{er} janvier 2014, il présentait une incapacité de travail de 10%, ce qui ne lui ouvrait pas un droit à une rente d'invalidité.

l. Le 12 janvier 2023, l'assuré a formé opposition au projet de décision précité en concluant à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité.

L'assuré a notamment transmis à l'OAI, à l'appui de son opposition, un rapport établi le 2 février 2023 par le Dr B_____, selon lequel l'assuré présentait vraisemblablement une incapacité de travail totale dans toute activité.

m. Par décision du 16 février 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que le dernier rapport médical produit par l'assuré ne modifiait pas sa précédente appréciation.

B. a. L'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 16 mars 2023, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

b. Le 25 mai 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Le recourant a été entendu par la chambre de céans le 13 septembre 2023 et il a déposé un document retraçant l'origine de ses problèmes gastriques et les investigations dont il avait fait l'objet.

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), 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3.

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

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

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

3.2 En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022, mais le litige porte sur une rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que le droit, s'il était reconnu, serait né antérieurement. Ce sont donc les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui sont applicables.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

5.

5.1 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, mentale ou psychique 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 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).

5.2

5.2.1 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).

En 2017, 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 effet, celles-ci 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

5.2.2 Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

5.2.3 Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants :

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du

Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

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

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

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

5.2.4 Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les

limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

5.3 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).

5.4 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).

5.5 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

- 6.** Il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du J_____ du 14 décembre 2022, dont la valeur probante est contestée par le recourant.

6.1

6.1.1 Celui-ci a fait valoir que l'intimé avait pris en compte par erreur l'année 2013 comme début de son incapacité de travail. Celle-ci n'avait commencé que le 1er janvier 2020, suite à sa démission, à la fin de l'année 2019, au motif que son maintien en poste n'était plus possible physiquement.

6.1.2 Il ressort ainsi clairement de l'expertise que l'atteinte à la santé durable a débuté en 2012-2013 et que le diagnostic d'intestin irritable a été retenu en 2013. Selon les experts, la capacité de travail était depuis lors de 100% avec une diminution de rendement durable de 10% de 2013. Contrairement au recourant, les experts n'ont pas considéré que celui-ci était totalement incapable de travailler dès le 1^{er} janvier 2020, au moment où il avait démissionné. L'expert gastro-entérologue a tenu compte de la démission du recourant à la fin de l'année 2019 en raison d'une fatigue générale, d'une usure et d'un épuisement physique et psychique, mais a toutefois considéré que sa capacité de travail était toujours de 90% depuis 2013, relevant que le régime alimentaire du recourant était relativement efficace, ce qui lui permettait de diminuer les symptômes, et que recourant ne prenait plus de médicaments spécifiques et qu'il n'avait pas de suivi gastroentérologique ni nutritionnel. Les symptômes n'évoluaient pas. Du point de vue somatique, il disposait de réserves. Il avait été capable d'adapter son régime au mieux et il était autonome du point de vue de la vie quotidienne.

L'expert psychiatre a considéré pour sa part que point de vue de la psychiatrie, le recourant avait toujours été capable de travailler, après avoir examiné les indicateurs d'exigibilité.

Il résulte ainsi de l'expertise du J_____, dont les conclusions sur la capacité de travail du recourant sont cohérentes et motivées et pas sérieusement remises en cause, que c'est à juste titre qu'elle retient l'année 2013 comme début d'une incapacité durable, malgré l'appréciation subjective différente du recourant à ce sujet et le fait qu'il a concrètement travaillé à 100% entre 2013 et fin 2019.

6.2

6.2.1 Le recourant a fait valoir qu'en 2022, son état psychique s'était péjoré avec une incapacité de travail totale sans perspective d'amélioration, se référant aux rapports du Dr B_____.

6.2.2 L'expert psychiatre du J_____ a pris contact le 28 octobre 2022 avec le Dr B_____, qui lui a indiqué suivre le recourant depuis août 2018 pour un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme, à raison d'environ deux à trois rendez-vous par mois. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité et un manque d'énergie quasiment permanents, un ralentissement psychomoteur, un découragement, une démotivation, une procrastination et une indécision, une réduction de la capacité créative et de la flexibilité intellectuelle, une baisse de la concentration et de la mémoire, un repli social, une perte d'autonomie pour certaines tâches et une difficulté à gérer le stress. La Mirtazapine était dans les valeurs thérapeutiques.

L'expert a encore résumé les rapports du Dr B_____ des 29 janvier et 26 octobre 2020 et 30 mars 2022.

L'expert psychiatre a indiqué que selon son examen et l'anamnèse, il avait retenu les mêmes diagnostics que le Dr B_____, mais pas en ce qui concernait la gravité de l'épisode dépressif, relevant que le recourant lui-même ne considérait pas avoir une maladie psychiatrique. Son problème principal était la douleur et la difficulté à vivre avec. C'était pour ce motif que l'expert avait retenu un épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Tous les symptômes constatés par l'expert étaient liés à la douleur. L'expert s'est enfin déterminé sur les indicateurs standards d'exigibilité par rapport au trouble somatoforme, de façon convaincante. L'expert s'est enfin étonné du fait que le traitement par Remeron 30 mg n'avait pas été modifié depuis 2018 alors que le Dr B_____ parlait d'un épisode dépressif sévère. Apparemment, ce traitement n'avait pas fait diminuer les symptômes. Un changement de molécules antidépressives aurait pu être effectué, ce qui n'avait pas été le cas.

Au vu de la motivation de l'expert psychiatre, ses conclusions sont convaincantes et elles ne sont pas suffisamment remises en cause par les rapports du Dr B_____, qui n'a en particulier pas examiné les indicateurs d'exigibilité.

C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 90% de l'assuré, sans aggravation dès 2019.

6.3

6.3.1 Le recourant a fait valoir qu'il y avait une erreur dans la note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, laquelle indiquait qu'il avait été licencié en 2019, alors qu'il avait démissionné, car il n'était plus en état de travailler à cause de ses problèmes de santé.

6.3.2 La chambre de céans constate que la note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité du 3 janvier 2023 mentionne sous ch. 2 let. b, que le recourant avait exercé la fonction de technicien informatique à 100% depuis 2016 pour C_____ et qu'il avait donné sa démission pour le 31 décembre 2019 en raison de son état de santé. Le fait que cette note mentionne ensuite sous ch. 3 que le recourant avait été licencié en 2019 est effectivement erroné, mais cela n'a eu aucune conséquence concrète défavorable pour le recourant. Cette erreur ne remet pas sérieusement en cause l'évaluation de l'invalidité du recourant à laquelle l'intimé a procédé.

6.4

6.4.1 Le recourant a encore fait valoir que Mme D_____ avait omis de mentionner dans son rapport d'évaluation, suite à leurs entretiens des 2 juin et 15 septembre 2020, ses consultations durant l'année 2015 auprès du docteur K_____, médecin adjoint du service de gastroentérologie et hépatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui confirmeraient le diagnostic posé

en 2012 par le docteur L_____, gastroentérologue, (œsophagite à éosinophile et syndrome de l'intestin irritable invalidant). Il avait pourtant évoqué ces consultations lors de leurs entretiens.

6.4.2 Même si ce grief s'avérait exact, il serait sans conséquence pour le recourant, étant relevé que la synthèse du dossier figurant dans l'expertise du J_____ mentionne les rapports du Dr K_____, en particulier celui du 25 février 2015, dont il ressort que l'assuré avait bénéficié d'un suivi depuis avril auprès du Dr L_____.

6.5

6.5.1 Le recourant a encore fait valoir qu'il manquait des pièces au dossier. Le 5 décembre 2018, sur demande du Dr F_____ et dans le cadre de la recherche d'un surdéveloppement bactérien de l'intestin grêle (SIBO - *small intestinal bacterial overgrowth*), il avait passé un premier test respiratoire au lactulose de trois heures au laboratoire d'analyses médicales MGD aux Acacias. Ce test avait été qualifié de difficilement interprétable par le Dr F_____.

Le 25 juin 2019, il avait passé un deuxième test respiratoire au fructose au laboratoire d'analyses médicales M_____, lequel avait confirmé la présence probable d'un SIBO ainsi qu'une intolérance au fructose.

Le 6 décembre 2018, sur demande du Dr F_____, il avait passé un test sanguin de détection d'éventuelles hypersensibilités alimentaires au laboratoire d'analyses médicales N_____. Les résultats de ces tests faisaient état d'une hypersensibilité alimentaire caractérisée aux blancs d'œufs, aux œufs, à la caséine, au lait, au lait de chèvre, à l'avoine, au blé, à l'orgue, au riz, au seigle, à la viande de bœuf, à la viande de porc, à la figue, au kiwi, à l'orange, aux pommes, aux amandes, à l'ail, aux champignons, aux pommes de terre, au curry, au paprika, au poivre noir, à la vanille, au cacao, au café, au thé et à la gliadine. Ces trois rapports manquaient au dossier et le J_____ n'avait pu les prendre en compte.

6.5.2 Même si le grief du recourant était fondé, les rapports en cause n'apparaissent pas de nature à modifier les conclusions de l'expertise, étant rappelé qu'il n'est pas contesté que le recourant souffre d'un intestin irritable avec douleurs abdominales résistantes au traitement en particulier.

6.6

6.6.1 Le recourant a fait valoir qu'il n'avait vu l'expert psychiatre du J_____ qu'une heure et demie dans le cadre d'un entretien d'expertise qui comportait une quarantaine de questions générales. L'expert n'avait pas rapporté ses propos correctement, dans le seul but de requalifier, sans aucune raison valable, un diagnostic établi de longue date, afin d'en minimiser son impact sur sa capacité à travailler et restreindre son droit à recevoir une rente d'invalidité. À la question de savoir quel moyen il avait envisagé pour se suicider, il avait répondu « en fonçant dans un mur en bagnole, en sautant d'un pont, des trucs comme ça ». Des

enregistrements audio des entretiens d'expertise avaient été effectués et étaient disponibles auprès de l'OAI. Or, l'expert avait rapporté ses propos en indiquant « qu'il avait eu des idées noires : provoquer un accident, ceci en raison d'un sentiment de ras le bol par rapport à ses troubles intestinaux. »

La durée d'un examen clinique ne figure pas au nombre des critères retenus par la jurisprudence pour apprécier la valeur du travail de l'expert dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral I 1048/06 du 26 novembre 2007 consid. 4. Le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais consiste également et avant tout à l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêts du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3). En l'espèce, l'expert a pris le temps nécessaire pour entendre le recourant et recueillir les données utiles pour établir son expertise. Le fait qu'il ne l'a reçu qu'à une reprise ne compromet pas la force probante de l'expertise. En plus de l'examen proprement dit, l'expert disposait de différents documents médicaux qui lui ont permis de poser un diagnostic qui ne relevait pas d'une unique observation momentanée.

Enfin, s'agissant des propos du recourant qui auraient été mal relatés, la chambre de céans relève qu'il ressort de l'exemple donné par le recourant que les termes utilisés par l'expert étaient certes différents de ceux du recourant, mais qu'ils correspondaient à ce qu'il avait dit, exprimé de façon plus générale.

6.7

6.7.1 Le recourant a émis plusieurs critiques contre l'expertise du J_____, procédant ainsi à sa propre analyse de son cas, ce qui ne suffit pas à remettre sérieusement en cause, celle de l'expert psychiatre.

6.8 En conclusion, l'expertise du J_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, et la décision de l'intimé prise sur la base de ses conclusions doit être confirmée.

7. Infondé, le recours sera rejeté.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al.1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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