

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/723/2009

ATAS/327/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 30 mars 2010

En la cause

Monsieur H_____, domicilié au LIGNON , comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Patrick MONNEY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur H_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1973, originaire de Bosnie et Herzégovine, est arrivé en Suisse en octobre 1992. Il est marié et père de deux enfants, nés en 1997 et en 2000. Le 13 mars 2008, il a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes, soit une orientation professionnelle, un reclassement dans une autre profession ou une rente.
2. L'assuré a suivi une école de coiffure dans son pays d'origine. Il a travaillé notamment en qualité de chauffeur-livreur, puis de vendeur chez X_____, puis de vendeur, chef de rayon, auprès de Y_____. Il a été licencié plusieurs fois et a connu plusieurs périodes de chômage de 2001 à 2006. Il est en arrêt de travail à 100% depuis janvier 2007.
3. Par certificat médical du 23 février 1999, le Dr L_____, spécialiste en médecine interne, certifie que l'assuré souffre de maux de tête associés à des vertiges depuis 1992, soit des céphalées tensionnelles dans le cadre d'un état de stress post-traumatique. Par courrier du 28 mai 1999, le Dr M_____, spécialiste en médecine interne, indique que l'assuré présente un syndrome de stress post-traumatique dont l'origine est due aux tortures subies en 1992 dans les camps. Le médecin précise avoir indiqué à l'Office cantonal de l'emploi que, peu importe le travail tant que le patient ne sera pas effectivement traité, il aura toujours des douleurs vives dans la tête pour lesquelles il sera obligé d'interrompre son activité de 24 à 48 heures.
4. Par attestation médicale du 10 mars 2008, le Dr N_____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, certifie que l'assuré souffre de troubles psychiques importants, présentant un danger vital potentiel qui pourrait mettre gravement sa vie en danger. Par conséquent il est fortement recommandé que le patient vive dans un appartement au troisième étage maximum. Il suit ce patient depuis juin 2007 et confirme une incapacité de travail totale depuis lors.
5. Par rapport médical du 9 avril 2008, le Dr O_____, médecin traitant de l'assuré, indique comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, des céphalées tensionnelles dans le cadre d'un état de stress post-traumatique, un syndrome brachio-cervical gauche, une lombalgie chronique sur troubles statiques. Les symptômes sont des céphalées, des douleurs cervicales irradiant MSG, des douleurs lombaires, de l'insomnie, une thymie triste, de l'anxiété.
6. Par rapport médical du 31 mars 2008, le Dr P_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré n'était plus suivi à sa consultation depuis septembre 2007. En termes d'antécédents psychiatriques, il présentait un syndrome de stress post-traumatique avec traitement de Deroxat et

Tranxilium, avec rémission partielle. De mai 2006 à septembre 2007, la capacité de travail était variable entre 0 % et 100 %.

7. Par rapport médical du 22 avril 2008, le Dr N_____, a indiqué les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : F. 43. 20, syndrome de stress post-traumatique depuis 1992 ; F. 45.4, syndrome douloureux chronique depuis 1994 ; F. 32. 11, état dépressif récurrent de degré moyen avec syndrome somatique depuis 2005 ; F.41.0 trouble panique depuis 2005. Le patient a d'abord été traité par le Dr P_____, également psychiatre, de 2005 à 2007, puis par le médecin signataire du certificat depuis le 7 juin 2007. Les symptômes sont des céphalées chroniques sévères et variables, une douleur atypique, une fatigabilité marquée, une humeur anxio-dépressive, le seuil de tolérance à la frustration est bas, un repli sur soi, une démotivation pour les activités professionnelles, la reviviscence de ce qu'il aurait subi comme tortures psychologiques et physiques dans les camps d'arrestation chez les Serbes, des crises d'angoisse et la peur de la mort. La médication est du Ciprex, Tranxilium, Temesta et Lachesis. Le patient est incapable de travailler à 100 % depuis le 7 juin 2007, début du suivi par ce médecin. Il est précisé que les céphalées, l'énervement et le stress, ainsi que les possibles conflits et altercations avec autrui, diminuent la capacité de travail. La réadaptation professionnelle pourrait augmenter la capacité de travail de 50 % dans un premier temps dans le cadre d'une réinsertion professionnelle dans la vente.
8. Sur mandat de l'OAI, le bureau romand d'expertises médicales (BREM), a confié à la Dresse Q_____ rhumatologue, au Dr R_____, neurologue, et à la Dresse S_____, psychiatre, une expertise pluridisciplinaire de l'assuré. L'assuré a été examiné aux plans rhumatologique et psychiatrique le 10 juillet 2008 et au plan neurologique le 28 août 2008.

Les experts ont examiné les documents radiologiques, les tests de laboratoire et ont fait une étude attentive du dossier, soit des rapports médicaux susmentionnés. Les experts citent aussi l'avis médical du Dr T_____, médecin conseil du SMR, non spécialiste, du 22 mai 2008, qui résume les divers avis médicaux susmentionnés et selon lequel les entités cliniques annoncées ne peuvent pas être saisies complètement, en raison des lacunes nombreuses dans le status du spécialiste en psychiatrie. Peu d'éléments permettent de comprendre la sévérité des troubles psychiques de l'assuré. Rien ne permet de comprendre qu'il a pu avoir une activité de travail pendant plusieurs années et que par la suite, il ait décompensé. Le Dr T_____ pose la question de savoir si le syndrome de stress post-traumatique est vraiment d'actualité ou s'il faut parler, 15 ans après les traumatismes, de modification durable de la personnalité.

Les experts procèdent à une anamnèse, sur le plan familial, personnel, scolaire et professionnel, social, des habitudes, somatique familial et personnel.

S'agissant des plaintes et des données subjectives de l'assuré, le patient se plaint de douleurs diffuses prenant quasiment la totalité du corps. Il indique comme zone douloureuse la totalité de la tête, la nuque, les épaules, le rachis. Il indique que les douleurs ont commencé progressivement au cours des années pour devenir intolérables et aiguës au quotidien. Il parle des tortures qui ont duré six mois. Certains jours, les douleurs à la tête augmentent au-delà d'une intensité de 10/10, si bien qu'il a eu de l'absentéisme à son travail qui a fait qu'il a perdu son travail. Du point de vue psychique, l'assuré évoque les difficultés psychologiques qui se manifestent par les images qu'il voit, les horreurs, les tortures, les viols, les massacres, les cris. Il indique qu'en 1995, il a d'abord eu des cauchemars puis des maux de tête, puis les cauchemars sont devenus de plus en plus violents. L'assuré indique qu'il présente des angoisses quotidiennes plus ou moins fortes, calmées en partie par la prise de Temesta. Il entend des voix d'homme et depuis 12 ans, il ne prend plus d'ascenseur. L'assuré évoque des flash-backs et des pensées intrusives permanentes. L'assuré indique avoir fait un tentamen fin 2006, par défenestration.

Le status psychique effectué par les experts indique qu'il n'y a pas de symptômes physiques objectivés, même lorsque l'assuré évoque les tortures et les massacres dans son pays d'origine. Il est calme et ne manifeste aucun trouble anxieux. L'estime de soi est conservée. Il n'y a pas de trouble formel de la pensée mise en évidence. L'énergie vitale est conservée. Il n'y a pas d'élément compatible avec un trouble affectif bipolaire. Hormis les cauchemars, il n'y a pas d'élément floride de la lignée dépressive, ni de la lignée psychotique.

Les experts indiquent qu'il n'y a aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, sur le plan somatique et sur le plan psychique. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail retenus sont :

- majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, F. 68.0;
- trouble statique rachidien, banal M. 41.2;
- céphalées mixtes tensionnelles et migraineuses R. 51 et G. 43.9;
- discopathies non compressives M. 51.9

S'agissant de l'appréciation du cas et du pronostic, les experts procèdent d'abord à un résumé du cas sur le plan psychiatrique et somatique. L'examen neurologique complémentaire demandé est normal. Il n'existe aucun élément corroborant une lésion intracrânienne. Au plan psychiatrique, les experts relèvent des discordances, car les flash-backs et les pensées intrusives ne sont pas objectivées durant l'examen. De même les symptômes évoqués par l'expertisé ne l'empêchent pas de s'occuper de ses deux jeunes enfants. Durant l'examen, il n'est pas objectivé de troubles anxieux, d'attaques de panique, de phobies, de trouble affectif bipolaire, de psychose ou de troubles de la personnalité. Le stress post-traumatique retenu par le médecin traitant est écarté, car ce dernier survient dans les six mois au maximum après l'événement déclencheur. Or, l'assuré n'invoque des céphalées et des cauchemars que depuis 1995 allant en progressant depuis 1999.

Les experts concluent qu'il n'y a aucune limitation quantitative ou qualitative sur le plan physique et neurologique, psychique et mental, ou social. À défaut de trouble psychique ou physique, la capacité de travail est entière sur tous les plans et dans toute activité. Il n'y a aucune diminution de rendement. Aucune mesure de réadaptation professionnelle ne doit être envisagée, car la capacité de travail est entière.

9. Par projet de décision du 12 novembre 2008, l'OAI prévoit de refuser toute prestation à l'assuré. Par décision du 27 janvier 2009, l'OAI confirme son projet de décision et rejette la demande.
10. Par acte du 3 mars 2009, l'assuré forme recours contre la décision de l'OAI, qui conclut le 30 avril 2009 au rejet du recours, l'expertise du BREM ayant pleine valeur probante. Par mémoire completif du 4 mai 2009, l'assuré produit un certificat médical du Dr T_____, psychiatre, qui confirme les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique, trouble panique et état dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Le médecin confirme que le recourant n'est pas en mesure de travailler. L'assuré fait valoir que l'état de stress post-traumatique a été confirmé par 6 médecins traitants.
11. Par pli du 20 mai 2009, l'OAI produit l'avis SMR du 18 mai 2009 selon lequel la décision de l'OAI est fondée sur une expertise multidisciplinaire convaincante, à la différence des attestations médicales des divers médecins traitants qui ne font état ni de status psychiatrique détaillé ni de critères diagnostic de la CIM 10.
12. Par ordonnance du 12 juin 2009, le Tribunal a ordonné une expertise psychiatrique et a désigné le Dr U_____, psychiatre. L'expert a remis au tribunal son expertise le 20 août 2009.
13. L'expert a eu cinq entretiens avec l'expertisé, un entretien individuel avec son épouse, un entretien téléphonique avec l'ancien psychiatre et un autre avec le psychiatre actuel de l'assuré. Il a confié un examen psychologique à un psychologue et a procédé à l'étude du dossier remis par le Tribunal.

L'expert effectue une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle détaillée de l'assuré. En particulier il relève que l'assuré a eu de nombreux postes de travail de 1995 à 2007 soit chauffeur-livreur, nettoyeur, peintre en bâtiment, mécanicien, parquetier, vendeur. Tous les postes se sont soldés par des licenciements ou ont alterné avec des périodes de chômage.

L'expert a souhaité avoir un entretien individuel avec l'épouse de l'assuré, pour obtenir des renseignements plus précis sur la maladie de l'assuré, un meilleur éclairage de son caractère et des éventuels changements dus à la maladie. De façon réitérée, l'épouse de l'assuré indique que les maux de tête représentent l'origine et la cause principale de l'incapacité de travail de son mari. Selon elle, la cause unique

des changements de caractère, qui sont le corollaire psychologique de la souffrance physique de son mari, sont les maux de tête, intervenus selon elle depuis 2002.

S'agissant des données subjectives de la personne, l'expert relève que l'assuré indique qu'il a des douleurs dans la tête tout le temps, depuis 1994, plutôt modérées au début et de plus en plus intenses. Les maux de tête peuvent d'un seul coup être très forts, n'importe quand dans la journée ou la nuit. Lorsqu'il travaillait, il devait s'absenter et rentrer à la maison pour rester couché. Les douleurs peuvent durer d'une semaine à 20 jours et il pense alors à toutes les choses du passé et aux massacres. Les maux de tête descendent dans la colonne, dans le dos et parfois dans le genou droit et les orteils droits. Cela descend dans la jambe droite et cela l'empêche de marcher. Il doit regarder ses jambes pour marcher. L'assuré n'évoque qu'une seule fois, malgré cinq entretiens, la brutalité subie quand il était prisonnier. Pour ce motif, que l'expert précisera, il a exclu le diagnostic de stress post-traumatique.

S'agissant toujours des données subjectives, l'assuré indique que des crises de panique se sont ajoutées à partir de 2007. Il précise qu'à ces moments, il a quelque chose dans le ventre qui tourne et quelque chose dans la gorge qui l'étouffe. Il est plein de colère et de rage. La veille de l'examen, il a cru qu'il allait frapper sa femme et ses enfants. Le matin même, il voulait encore tout casser. Il s'était déjà énervé plusieurs fois et il a peur de faire une bêtise irréparable. Le Temesta le soulage mais pas tout à fait. Parlant de son agressivité, il indique que s'il savait d'où elle vient, il pourrait l'éviter. Il ne veut pas faire de mal à ses enfants et sa femme. Il précise qu'il suffit qu'on lui passe à côté ou qu'on le touche et c'est fini... Il suffit de peu de choses, un mauvais regard, ne pas aimer la tête de la personne... Quand il faisait des nettoyages, si quelqu'un passait à côté de lui, il lui criait derrière. Quand il vendait les fruits et légumes, il ne fallait pas qu'un client touche aux tomates ou aux fruits, cela l'énervait. Si une dame prenait une salade fraîche et la retournait, il voulait lui casser la tête. L'assuré indique avoir frappé le gérant du magasin et lui avoir mis son couteau sous la gorge. Il indique qu'il a peur de tout le monde, qu'il a l'impression d'être suivi tout le temps, qu'il y a quelqu'un derrière lui ou qui veut le frapper par derrière. Il a l'impression que les gens le regardent d'une manière bizarre, du mauvais œil, tout le monde, sans savoir pourquoi... Si des gens le regardent, il a envie de les taper. S'il attend à la caisse d'un supermarché, cela l'énerve et la caissière contrôle tout ce qu'il a acheté, comme s'il avait volé quelque chose, il se sent mal à l'aise et il a envie de tout balancer. Il a trop de bruit, l'impression que ça va exploser. Il lui est arrivé de frapper sa femme mais c'est inconscient comme s'il y avait une autre personne à l'intérieur de lui, qui lui dit de faire ça. Il suffit qu'une porte claque et il lui donne un coup de poing. La veille, il a fait du vélo avec son fils et le vélo faisait du bruit. Une voix lui a dit d'arrêter le bruit du vélo et il l'a cassé.

L'assuré exprime le désir de travailler mais dit et répète qu'il en est incapable si son état de santé ne change pas. S'agissant de l'activité qu'il choisirait, il ne peut plus être coiffeur car il a peur de manier le rasoir "s'il pète les plombs". Pour le nettoyage, il faut être calme et si quelqu'un passe, il risque de se fâcher... Il ne peut pas travailler seul le soir dans un bureau car il angoisse. Il ne peut pas être livreur car il ne peut pas porter des poids lourds. L'assuré finit par dire qu'il veut travailler mais qu'il a peur d'être avec quelqu'un lorsque quelque chose va de travers.

S'agissant des constatations objectives, l'impression que l'expertisé a faite à l'expert est d'être une personne fruste, inquiète, facilement exaspérée et immature, mais surtout très démonstrative, avec une exagération patente de sa souffrance. L'expert relève de nombreux symptômes anxieux ou phobiques : peur de prendre l'ascenseur, nécessité de laisser les portes des chambres ouvertes, peur des lieux fermés. Le récit verbal est plein d'idées assez psychotiques, avec une interprétation de la réalité très personnelle et qui n'a pas de lien avec la réalité objective. Il n'y a aucune nuance et aucune remise en question de ses idées lorsqu'elles entrent en collision avec la réalité. Le sentiment de persécution est une séquelle logique d'un mécanisme de défense hypertrophié. L'expert relève l'agressivité envers ceux qui ne le comprennent pas, parfois carrément paranoïaque, sans aucune nuance et rappelle plusieurs fois qu'il est frappé par les sentiments de persécution de l'assuré. Du point de vue de son état thymique, l'expert constate surtout une symptomatologie très anxieuse, avec toutefois des pics dépressifs, avec verbalisation d'idées sombres voire suicidaires. Selon le test de Hamilton, le score de 17 points sur 52 définit une dépression moyenne. L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton met en évidence un état clinique très anxieux soit 30 sur 56, et ce malgré les médicaments antidépresseurs et anxiolytiques administrés qui font baisser les scores aux tests.

L'expert retient les diagnostics psychiatriques suivants :

- troubles panique, anxiété épisodique paroxystique (F 41.0)
- majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0);
- personnalité émotionnellement labile, type impulsif, avec des traits paranoïaques importants (F 60.30).

S'agissant des conséquences sur la capacité de travail, l'expert indique que la majoration des symptômes physiques et psychiques n'a pas de répercussions sur la capacité de travail, mais que le diagnostic de personnalité-limite implique une instabilité émotionnelle grave avec une grande impulsivité. Dans le cadre de ce diagnostic principal, il faut ajouter les traits paranoïaques importants faits d'interprétation et de déformation de la réalité avec des angoisses psychotiques qui font penser à de véritables états délirants et paralysent l'assuré dans sa vie quotidienne. Il présente une sensibilité excessive au reproche d'autrui, une mauvaise anticipation des conséquences de ce qui peut lui arriver et un mauvais contrôle de

sa propre agressivité. S'il est contrarié, il peut répondre avec des réactions violentes et agressives. Ce sont sans doute ces réactions agressives vis-à-vis de ses responsables au travail qui l'ont conduit souvent à être licencié. À cette structure de personnalité particulière, se sont ajoutés au fil des ans des symptômes anxieux avec des attaques de panique, mais qui ne représentent pas en eux-mêmes un handicap invalidant ou insurmontable pour sa vie professionnelle. Les maux de tête sont vraisemblablement à inscrire dans un contexte de majoration de symptômes physiques.

S'agissant de la survenance de l'incapacité de travail durable, les maux de tête et les autres symptômes physiques et psychiques associés sont devenus très intenses depuis 2002 pour devenir invalidants et empêcher depuis 2007 toute activité professionnelle. Ainsi, l'incapacité à 100 % de l'assuré depuis le 10 juillet 2008, date de l'expertise du BREM, ne s'est pas modifiée.

Interrogé sur la présence du syndrome de stress post traumatique, l'expert est d'accord avec les conclusions du BREM s'agissant d'écarter ce diagnostic, qui survient au maximum dans les six mois après l'événement déclencheur. D'ailleurs, l'expert indique qu'il lui arrive parfois de diagnostiquer des états dits de stress post-traumatique et que les caractéristiques cliniques sont très différentes de celles de l'expertisé, car la pensée est alors imprégnée constamment d'une manière envahissante et dramatique. L'expert précise toutefois qu'il ne faut pas se cantonner à examiner la présence d'un état de stress post-traumatique.

Interrogé sur le fait de savoir s'il s'écarte des diagnostics et conclusions du BREM, l'expert indique qu'il est d'accord avec le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, mais qu'il s'écarte de l'expertise du BREM dont les auteurs prétendent que l'expertisé ne présenterait aucun diagnostic sur le plan psychique. Il s'étonne que les états d'angoisse paranoïaque, voire paranoïde, présentés par l'assuré, ses états de panique, ses idées presque délirantes, ses difficultés à contenir son agressivité dans le milieu familial et de travail, les conduites impulsives qui ont provoqué de nombreuses difficultés relationnelles au travail, ne retiennent pas outre mesure l'attention des experts du BREM.

S'agissant de l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée, l'expert indique que l'assuré est capable d'exercer toute activité simple et qui ne demande aucune formation, mais que pour pouvoir travailler, il est nécessaire qu'il soit dans un environnement adapté et qu'il soit seul et sans aucune hiérarchie.

Enfin, l'expert estime qu'une réadaptation professionnelle serait très utile pour déterminer la capacité de travail de l'assuré dans un environnement de travail adapté à son état clinique particulier. Un stage d'observation professionnelle, dans un centre spécialisé de l'AI, pourrait répondre à des interrogations auxquelles l'expert ne peut pas répondre à l'heure actuelle.

S'agissant des mesures médicales, l'expert indique que l'assuré est régulièrement suivi par son généraliste et son psychiatre. Il fait la liste des médicaments administrés et indique que les doses de benzodiazépines sont élevées. Une discussion a eu lieu avec le psychiatre traitant pour modifier la médication.

Pour l'expert, le pronostic est sombre et réservé. D'une part, l'assuré est encore assez jeune pour être aidé à une réinsertion professionnelle. D'autre part, il se trouve dans un cercle vicieux, l'inactivité augmente le handicap et les idées d'auto et hétéro-agressivité, mais l'expert ne peut pas exclure un passage à l'acte contre lui-même ou sa femme ou ses enfants.

L'expert a joint à son rapport d'expertise le compte rendu de Monsieur I_____, psychologue, cité dans le rapport d'expertise, et qui conclut que "les tests mettent en évidence des modes de réponse compatibles avec un fonctionnement psychotique, où domine le morcellement, des angoisses paranoïdes et de défense projective susceptibles d'induire des idées délirantes de persécution et des hallucinations. Toutefois, les modes de réponse de l'expertisé sont démonstratifs, ce qui suppose des traits de personnalité plus évoluée, du registre limite inférieure. Le test TAT confirme la désorganisation psychotique, accentuée par un effondrement dépressif, de traits d'une personnalité probablement mieux organisée antérieurement, sur un mode limite. Le MMPI-II confirme la dramatisation des troubles, des traits psychotiques, avec des idées délirantes centrées sur le corps, un repli sur soi, un contact avec la réalité fragile, des ruminations, de la vindicte. La dimension dépressive est validée par les chaînes ad hoc du test. Le fonctionnement de personnalité de cet expertisé est donc actuellement fruste, soumis au processus primaire (psychotique), générateur d'une très forte angoisse paranoïde et est susceptible de donner lieu à de la violence au titre de défense contre les angoisses. Sa résistance au stress du quotidien en est d'autant abaissée".

14. Le rapport d'expertise a été soumis aux parties. Par courrier du 7 septembre 2009, l'OAI a indiqué que les conclusions de l'expert sont totalement incohérentes, en raison du contexte dans lequel l'expertise a eu lieu, de sorte que l'expertise ne peut pas être utilisée comme base de décision. Suite à l'entretien téléphonique entre l'expert et le Dr V_____ du SMR le 1^{er} septembre 2009, l'expert a modifié la réponse donnée à la page 22 du rapport d'expertise du 13 août 2009. Selon l'avis du SMR joint du 3 septembre 2009, l'existence d'un trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif laisse dubitatif sur les chances d'une réinsertion. Le regard bizarre, le ton menaçant vis-à-vis de l'expert, le passage à l'acte en mettant le couteau sous la gorge du gérant d'un magasin, les coups donnés à la famille font douter fortement qu'une réadaptation puisse se faire dans de bonnes conditions. Une réadaptation impliquant un rapport maître à élève ne peut pas se faire dans cette situation. Il semble au SMR que l'expertise s'est tenue dans un climat de violence qui a pu avoir une influence sur l'expert, l'incitant à prononcer

par erreur une incapacité de travail à 100 %, alors qu'il a reconnu que la capacité de travail était de 100 %. Dans l'optique de protéger l'expert U_____, le SMR estime que l'expertise doit être invalidée et qu'une nouvelle expertise devrait être ordonnée dans un cadre sécurisé. L'OAI a joint à son courrier, d'une part, un rapport d'entretien téléphonique du SMR indiquant que l'expert dit avoir fait une erreur: il voulait écrire la capacité à 100 % au lieu de l'incapacité à 100 % en page 22, et d'autre part, la page 22 de l'expertise corrigée par l'expert qui indique " la capacité de travail de l'assuré depuis le 10 juillet 2008, date de l'expertise du BREM, ne s'est pas modifiée".

15. Par courrier du 9 mars 2009, l'assuré a sollicité l'audition de l'expert, en raison de lacunes de l'expertise, qui ne précise pas pour chaque diagnostic posé les conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent. De même, l'expertise n'est pas claire s'agissant de la capacité de travail de l'assuré dans une activité simple.
16. Par jugement du 27 novembre 2009, le Tribunal a rejeté la demande de récusation formée par l'OAI contre Mme J_____, alors présidente, dans toutes les causes concernant l'OAI dont elle était saisie.
17. Le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition de l'expert. Par courrier du 15 janvier 2010, l'OAI a indiqué qu'il ne sera pas représenté à l'audience, à titre exceptionnel, au vu de l'attitude violente de l'assuré notamment lors de l'expertise psychiatrique judiciaire.

Lors de l'audience du 2 février 2010, l'expert a indiqué: " S'agissant du diagnostic de "stress post-traumatique", je l'ai exclu. Je n'ai pas examiné les problèmes somatiques, notamment les maux de tête, car cet examen appartient à un neurologue. Je ne peux pas me prononcer sur la valeur clinique de ces maux de tête. Toutefois, le stress post-traumatique est facile à déceler car le patient parle tout le temps de l'évènement traumatisant alors que Monsieur a à peine effleuré le sujet. L'expert prend la peine de ne pas évoquer la question, pour voir si la personne en parle spontanément. Lorsque cette affection existe, chaque évènement (par exemple assister à un accident de voiture) provoque un retour des souvenirs, de sorte que le patient parle à nouveau beaucoup du traumatisme. C'est donc moins en raison du délai de plus de six mois après l'évènement que pour les motifs qui précèdent que j'ai écarté ce diagnostic.

Je constate que l'expertise du BREM a exclu toute atteinte neurologique, mais je ne suis pas certain que les maux de tête aient été investigués.

S'agissant du trouble "panique", il est couramment observé. Dans le cas du patient, je me suis demandé s'il y avait un lien avec les maux de tête, car il y a une hausse de la pression artérielle lors d'une attaque de panique. Il faudrait vérifier s'il y a une

origine organique ou biologique à ces maux de tête, qui expliquerait la panique. Ce n'est que si l'on exclut ces origines que l'on examine alors une cause psychiatrique.

Avant de me prononcer sur le trouble "panique", je souhaite indiquer qu'il y a, à la base, une personnalité et, au-dessus, en quelque sorte, des maladies. La personnalité elle-même n'est pas une maladie. Le patient a une personnalité de type "borderline" qui ne contrôle pas toujours ses impulsions. C'est une personnalité émotionnellement labile, type "impulsif" avec des traits paranoïaques. Parfois, il doit quitter la maison pour ne pas frapper ses enfants auxquels il est fortement attaché. Il a donc besoin d'aide pour se contrôler et se protéger de ses impulsions. La prise en charge psychiatrique et la compliance aux médicaments est une bonne chose.

Actuellement, il est constaté que le patient est calme et s'occupe de ses enfants pendant que son épouse travaille à mi-temps. Le médecin-traitant et le patient m'ont confirmé que la situation était calme depuis août 2009. Le patient est manifestement dans une situation où il attend une aide institutionnelle.

Aujourd'hui, il est impossible de dire avec certitude si le patient est capable de travailler dans une quelconque profession, sans avoir au préalable examiné sa capacité de travail dans un cadre protégé. Je ne peux pas exclure un comportement inadéquat et impulsif, notamment à l'égard de la hiérarchie, si l'assuré reprenait un emploi.

Je suis convaincu qu'il est nécessaire que l'AI organise un stage d'observation dans un atelier spécialisé, puis, si c'est possible, propose à l'assuré une activité protégée. C'est ainsi que l'on saura s'il est capable de travailler et qu'on l'aidera à retrouver une autonomie.

En préambule, j'indique que l'AI a tort lorsqu'elle affirme qu'il n'y a aucun diagnostic psychiatrique. Ensuite, je confirme que les diagnostics que j'ai retenus ont comme conséquence que le patient est totalement incapable de travailler depuis 2007.

Alors que j'étais en consultation, le Dr V_____, du SMR, m'a téléphoné pour me dire que je m'étais trompé au point 7, page 22, de mon expertise en indiquant "incapacité à 100 % depuis le 10 juillet 2008, date de l'expertise BREM". Il m'a suggéré d'utiliser le terme "capacité". Dans la mesure où la capacité ou l'incapacité du patient ne s'était pas modifiée depuis l'expertise BREM, je ne me suis pas méfié. Dans mon esprit, il s'agissait de dire que l'incapacité était de 100 % depuis lors et donc la capacité de 0 %. J'ai accepté de dire que "la capacité de travail de l'assuré depuis le 10 juillet 2008, date de l'expertise du BREM ne s'est pas modifiée". C'est en lisant les observations du SMR que j'ai compris ce que le Dr V_____ avait voulu me faire dire.

Je confirme que le patient est totalement incapable de travailler depuis 2007 sans interruption et sans modification, ceci en raison des troubles psychiatriques.

Au point 10, page 24 de l'expertise, j'indique que l'assuré est capable d'exercer une activité simple et sans formation, mais je précise que, compte tenu du fait que cela doit se faire dans un environnement adapté, seul et sans hiérarchie, il faut que l'AI procède à une observation et accompagnement dans une activité adaptée.

Pour terminer avec les diagnostics, je confirme que je ne retiens pas l'état dépressif, épisode moyen.

S'agissant de la réadaptation, il est réducteur d'affirmer que le patient ne peut pas en bénéficier puisqu'en raison du diagnostic posé, il serait incapable de supporter un rapport "de maître à élève", selon l'AI. Il faut d'abord faire un stage d'observation. Dans ce cadre, des moniteurs très compétents observent la personne, afin de déterminer si elle parvient à supporter les horaires, les relations interpersonnelles, la hiérarchie. C'est seulement après cela que l'on peut se prononcer sur la capacité à se réinsérer.

Je conteste les affirmations du Dr V_____, que je ne trouve pas sérieuses, s'agissant de la prétendue violence ou agressivité du patient à mon égard. Les psychiatres sont parfois confrontés en première ligne à des patients violents. Si moi psychiatre, je n'ai pas évoqué de violence de l'assuré, après 7 heures d'entretien, je ne vois pas comment le médecin précité, interniste, qui n'a jamais vu l'assuré, peut interpréter mon expertise de la sorte et de plus prétendre me protéger, mais de quoi ! Cela est risible.

Je précise que j'ai longuement expliqué au Dr V_____ que c'est moi qui avais demandé au patient de me montrer son couteau. J'ai insisté longuement sur le fait qu'il n'y avait eu aucune violence, et ceci avant le rapport du SMR du 3 septembre 2009. Je ne comprends donc pas pourquoi le médecin en question a maintenu ses affirmations.

Compte tenu du fait que l'expertise s'est déroulée dans de très bonnes conditions, grâce à la collaboration de M. H_____, et qu'il n'y a eu aucune violence ou menace, il est faux d'affirmer que l'expertise n'aurait pas de valeur probante.

Les affirmations des Drs V_____ et W_____ démontrent leur incompétence en matière psychiatrique".

18. Les parties ont été invitées à se déterminer sur le procès-verbal d'enquête. Par courrier du 16 février 2010, l'OAI a transmis l'avis du SMR, selon lequel l'expertise reste contradictoire puisque l'expert affirme que le patient est totalement incapable de travailler depuis 2007, et rappelle qu'il est capable d'exercer une activité simple et sans formation dans un environnement seul et sans activité adaptée. La

formulation employée par l'expert voulait donc plutôt évoquer un environnement protégé. L'impulsivité de l'assuré démontrée par l'expert laisse dubitatif sur les chances d'une réinsertion. Le SMR en reste à son appréciation, même s'il n'a pas examiné personnellement l'assuré, et estime que le climat de l'expertise a dû être violent. Le SMR n'entend pas prendre la responsabilité d'exposer les réadaptateurs de l'OAI à la violence de l'assuré, mais estime qu'un trouble de la personnalité présentant une telle violence est antisocial et n'est pas du ressort de l'AI.

19. Par courrier du 19 février 2010, l'assuré relève que l'audition de l'expert a pu rassurer le Tribunal sur la manière dont l'expertise s'est déroulée et de préciser ses conclusions, à savoir que l'assuré est totalement incapable de travailler depuis janvier 2007, sans interruption et sans modification, en raison des troubles psychiatriques. L'expert a insisté sur l'utilité d'un stage d'observation dans un atelier spécialisé pour proposer une activité protégée, afin de permettre à l'assuré de retrouver une autonomie. L'assuré a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2007, à l'instauration d'un stage d'observation, ainsi qu'à une indemnité de procédure.
20. La cause a été gardée à juger le 1er mars 2010.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la demande de prestation a été formée le 13 mars 2008 et la décision litigieuse date du 27 janvier 2009. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, dans la mesure

de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Est en l'espèce litigieuse la question de déterminer l'invalidité du recourant et plus particulièrement, de se prononcer sur la valeur probante de l'expertise judiciaire effectuée.
5. a) Aux termes de l'art. 7 al. 1^{er} LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'al. 2 de cette disposition précise que 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.

b) Selon l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

c) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

d) Le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé

psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

6. a) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

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. 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.

c) 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Toutefois, le fait d'avoir suivi le patient sur une certaine durée, ce d'autant plus en matière psychiatrique, donne une force particulière aux rapports des médecins traitants, lesquels doivent donc être examinés attentivement.

d) Le juge peut également accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e) Toutefois, les rapports médicaux des médecins internes à un assureur social ne peuvent en aucun cas être considérés comme des expertises au sens de l'article 44 LPGA et n'ont pas la même valeur probante. Ainsi, lorsqu'il existe le moindre doute au regard des éléments médicaux produits par l'assuré, d'une part, et ceux du médecin interne de l'assureur, d'autre part, le juge doit ordonner une expertise ou renvoyer la cause à l'administration pour le faire (Arrêt du Tribunal Fédéral du 28 octobre 2009, 8C-216/2009).

f) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Il n'est pas nécessaire que le diagnostic posé par l'expert soit émaillé de références à la doctrine médicale. On attend bien plutôt de l'expert un diagnostic précis et formulé selon les règles de la science médicale. S'il ne s'agit que d'une suspicion ou d'un diagnostic possible, l'expert doit le signaler explicitement (ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 435/05 consid. 2 ; voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale, *in* L'expertise médicale, édition Médecine et Hygiène, 2002, p. 21).

d) Selon le Tribunal Fédéral, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise

ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

7. Dans le cas d'espèce, le Tribunal estime que l'expertise judiciaire a pleine valeur probante et permet au Tribunal de se fonder sur ses conclusions pour juger de la présente affaire.

En premier lieu, l'expert a longuement et personnellement examiné l'assuré, lors de cinq entretiens qui ont duré sept heures en tout. Il a également mis en œuvre un examen psychologique complet et effectué une anamnèse détaillée. Les experts du BREM ont vu une seule fois l'assuré, les examens psychiatrique et rhumatologique ayant eu lieu le même jour.

En second lieu, l'expert a procédé à une analyse très détaillée du dossier médical, tant des avis des médecins traitants que de ceux des experts du BREM, de sorte qu'il est en mesure d'expliquer les raisons pour lesquelles il adhère ou il s'écarte des avis précités. Il rejoint ainsi les avis concordants de tous les médecins psychiatres successifs du patient qui attestent d'une incapacité de travail totale continue depuis le 7 janvier 2007.

En troisième lieu, l'expert a procédé à une analyse très fouillée des plaintes subjectives du patient, mais également, grâce au nombre d'heures passées avec lui, à l'examen objectif des symptômes présentés. Ainsi, l'expert a fait une description détaillée et concrète des idées délirantes, de persécution, des angoisses, des phobies, des hallucinations, des réactions violentes incontrôlables de l'assuré. L'expert ne s'est pas contenté, à la différence du BREM, d'écarter le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, mais, frappé par l'intensité des divers symptômes, il a cherché, par des tests psychologiques et de nombreux entretiens, à expliciter la situation est à poser un diagnostic différencié. Ainsi, l'expert a retenu comme diagnostics ayant une conséquence sur la capacité de travail, un trouble

panique, anxiété épisodiques paroxystique (F 41.9) et une personnalité émotionnellement labile, type impulsif, avec des traits paranoïaques importants (F 60.30).

A ce sujet, le Tribunal relèvera que la possible erreur de diagnostic des médecins traitants de l'assuré, qui retiennent de façon concordante, un syndrome de stress post-traumatique, peut s'expliquer par les périodes de consultation qui sont plus proches de la période traumatique et, le cas échéant, par la similitude de certains symptômes (angoisses, sentiment de persécution, cauchemars).

En quatrième lieu, la contradiction apparente des conclusions du rapport d'expertise, à savoir que l'assuré est totalement incapable de travailler dans toute activité depuis 2007, mais qu'il est capable d'exercer toute activité simple qui ne demande aucune formation, a pu être levée lors de l'audition de l'expert par le Tribunal. En effet, l'expert a confirmé, de façon claire et convaincante, qu'en raison des atteintes psychiques, l'assuré est incapable de travailler dans toute activité depuis 2007. L'expert a précisé qu'il convenait d'observer l'assuré dans un cadre protégé, lors d'un stage organisé par l'AI, afin de déterminer avec certitude si le patient conserve encore une capacité résiduelle de travailler dans un cadre protégé et une quelconque profession. On comprend des explications de l'expert, qu'en l'état, et malgré la capacité théorique du patient d'exercer une activité simple, ceci en raison de sa formation limitée, il ne peut pas travailler avec des collègues ni avec un supérieur hiérarchique, en raison du risque important de débordements de violence, à la moindre contrariété ou angoisse, que le patient ne pourrait pas maîtriser, en raison des atteintes psychiatriques. L'expert précise que l'inactivité totale de l'assuré pourrait renforcer le risque d'auto ou hétéro-agression. Il suggère ainsi que l'OAI tente une expérience d'activité en atelier protégé, afin d'examiner si l'assuré peut retrouver une certaine autonomie.

À cet égard, la position du SMR, affirmant que la violence de l'assuré empêche toute réadaptation, met en danger les collaborateurs de l'Office AI, que ce soit en audience ou lors d'une réadaptation, qu'elle a pour conséquence que l'expertise n'a pas valeur probante, mais que, par contre, l'assuré a une pleine capacité de travail dans toute activité, sur le marché ordinaire du travail, y compris en compagnie de collègues et d'un supérieur hiérarchique, est pour le moins contradictoire.

Ainsi, l'expert confirme que la violence latente de l'assuré est la conséquence des atteintes psychiatriques, et non pas, comme le prétend le SMR, simplement un acte antisocial ne ressortant pas de l'assurance invalidité.

Pour terminer, l'audition de l'expert par le Tribunal a permis, de façon certaine, d'établir que l'expertise a eu lieu dans de bonnes conditions et que les conclusions écrites de l'expert concernant l'incapacité totale de travail de l'assuré depuis 2007, sans modification depuis l'expertise du BREM en 2008, correspondent parfaitement

à ce que l'expert a entendu exposer. Il n'a donc ni commis d'erreur, ni été influencé par l'assuré.

Le Tribunal retient donc que l'assuré est totalement incapable de travailler depuis le 7 janvier 2007, sans modification, de sorte qu'il a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2008, soit à l'issue du délai de carence d'un an de l'article 28 alinéa 1 lettre a LAI. De plus, le Tribunal ordonnera à l'OAI l'organisation d'un stage d'observation de l'assuré, en milieu protégé. À l'issue de cette observation, et après un nouvel examen psychiatrique, il conviendra d'examiner si l'assuré conserve une capacité résiduelle de travail, soit en milieu protégé, soit dans des conditions d'emploi ordinaires, mais objectivement et concrètement existantes sur le marché du travail, il conviendra alors d'entreprendre une réorientation. C'est à l'issue de cette dernière seulement, et si toutes les conditions légales sont réunies, que l'OAI pourra envisager la réduction ou la suppression de la rente. En l'état toutefois, le pronostic est sombre et on ne peut encore considérer que l'observation en milieu protégé donnera un autre résultat que la possibilité pour l'assuré de s'occuper dans ce cadre limité.

8. Le recours est donc admis, la décision du 27 janvier 2009 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2008. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'OAI. Le recourant, qui obtient gain de cause, obtient le paiement d'une indemnité de procédure de 2500 fr., qui tient compte du nombre et de la complexité des écritures, des audiences et des autres actes d'instruction.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 27 janvier 2009.
3. Dit que le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, dès le 1er janvier 2008.
4. Invite l'OAI à organiser un stage d'observation de l'assuré en milieu protégé.
5. Condamne l'OAI au versement d'une indemnité de 2'500 fr. en faveur du recourant.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OAI.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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