

GE_GERICHTE ATAS/1116/2016 vom 22. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1116_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/1116/2016 du 22 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/1116/2016 del 22 dicembre 2016

Erwägungen

E. 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.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et

A/446/2016 - 12/22 - Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss et 62ss LPGA.

E. 5

a) Lorsque l'autorité cantonale de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours, sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. Ce principe, exprimé en matière civile à l'art. 66 al. 1 aOJ, est applicable même en l'absence de texte et vaut, partant, dans la procédure administrative en général (ATF 117 V 237 consid. 2a), étant relevé que la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative (rendue en rapport avec l'art. 66 al. 1 aOJ) reste applicable sous l'empire de la LTF (arrêt 4A_71/2007 du 19 octobre 2007, consid. 2.1 et 2.2). L'autorité inférieure voit donc sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours (ATF 131 III 91 consid. 5.2 ; 120 V 233 consid. 1a), laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_775/2010 du 14 avril 2011 consid. 4.1.1 et les références citées). b) En l'espèce, il ressort de ce qui précède que l'intimé était lié par l'arrêt du 28 octobre 2010 (ATAS/1102/2010) par lequel la Chambre de céans a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 30 août 2006 au 31 mars 2008. En effet, dans cet arrêt, l'objet du litige se limitait à la question de savoir si l'assuré pouvait se voir accorder une rente au-delà du 31 mars 2008. D'ailleurs, la décision rendue par l'intimé le 13 juillet 2010 n'a pas été annulée par la Chambre de céans, de sorte que la rente entière d'invalidité qu'elle octroyait pour la période du 30 août 2006 au 31 mars 2008 n'a pas été remise en cause. L'arrêt du 28 octobre 2010 (ATAS/1102/2010) n'ayant pas fait l'objet d'un recours, il a acquis force matérielle en ce qui concerne le droit du recourant à une rente entière d'invalidité pour la période précitée (JEAN-MAURICE FRÉSARD, in: Commentaire de la LTF, n° 10 ad art. 61 LTF). Ainsi, l'intimé n'était pas autorisé à revenir sur le droit à une rente entière reconnu à l'assuré jusqu'au 31 mars 2008 (ATF 136 V 369 consid. 3.1 p. 373 s.). En revanche, rien ne l'empêchait de procéder à une révision concernant la période postérieure à cette date. En effet, en matière de prestations périodiques, la force de chose jugée ne s'oppose pas à une modification due à un changement des circonstances, par exemple une aggravation ou une amélioration de l'état de santé, principe qui a été concrétisé à l'art. 17 LPGA (arrêt 8C_775/2010 du 14 avril 2011, consid. 5.1). c) Le litige porte par conséquent uniquement sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance invalidité pour la période postérieure au 31 mars 2008.

A/446/2016 - 13/22 -

E. 6

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la

capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

E. 7

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 1er janvier 2008). 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).

E. 8

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve

A/446/2016 - 14/22 - de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique

(psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 9

A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison

A/446/2016 - 15/22 - d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la

préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

E. 10

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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

A/446/2016 - 16/22 - 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par

les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre

A/446/2016 - 17/22 - un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 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). 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). 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 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 12

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de

cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

A/446/2016 - 18/22 -

E. 13

On précisera encore que, selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). Selon l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). L'art. 17 LPGGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 14

a. En l'espèce, l'intimé considère que le recourant a droit à rente entière d'invalidité limitée dans le temps et basée sur un degré d'invalidité de 100%, soit du 30 août 2006, à l'issue du délai d'attente d'une année, au 29 novembre 2006 et du 30 septembre 2013 au 5 janvier 2014. En dehors de ces périodes, le recourant n'aurait droit à aucune prestation, dans la mesure où sa capacité de travail est pleine et entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour parvenir à ces conclusions, il se fonde principalement sur l'expertise du 3 septembre 2014 de la Clinique Corela et les avis du SMR qui en valident le contenu. Quant au recourant, il conteste la valeur probante de l'expertise de la Clinique Corela, estimant qu'elle ne permettrait pas de déterminer clairement les périodes et durées d'incapacité de travail en lien avec ses différentes atteintes et que ses conclusions seraient contradictoires. Il demande la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. S'appuyant sur les rapports des Drs N_____, P_____ et G_____ en particulier, l'intéressé considère être totalement incapable de travailler depuis le 30 août 2005, ce qui justifierait l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter de cette date.

A/446/2016 - 19/22 - b. En l'occurrence, l'expertise de la Clinique Corela est fondée sur un examen en psychiatrie du Dr I_____, un examen en orthopédie du Dr J_____, un examen en neurochirurgie du Dr L_____, un examen en pneumologie du Dr K_____, un examen du dossier sous l'angle de la médecine interne générale du Dr M_____ et une étude approfondie du dossier. Elle comporte une anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. L'ensemble des conclusions des médecins traitants et des autres médecins ayant

eu à connaître du cas, en particulier les Drs C_____, D_____, F_____, H_____ et G_____, a été pris en compte et analysé à la lumière des résultats des examens cliniques, des documents d'imagerie, des déclarations du recourant et de l'ensemble des éléments du dossier. Contrairement à ce que soutient l'intéressé, les conclusions des experts ne contiennent pas de contradictions et permettent de déterminer les périodes et durées d'incapacité de travail en lien avec ses différentes atteintes. En effet, si les experts ont dans un premier temps procédé à une analyse par diagnostics, retenant par conséquent des périodes de capacité de travail différentes selon les atteintes, ils ont procédé à la synthèse du cas sur plusieurs pages à la fin de leur rapport, l'illustrant de plusieurs tableaux récapitulatifs. S'ajoute à cela que les diagnostics, retenus ou non, sont clairs et discutés en détails. D'ailleurs, le recourant n'émet aucun grief sur ce point. Quant aux conclusions des experts, elles sont motivées à satisfaction de droit. Leurs explications permettent de comprendre les troubles affectant le recourant et leurs conséquences ou non sur sa capacité de travail. Compte tenu de ces éléments, force est de constater que l'expertise en question doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par conséquent, toute instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une expertise judiciaire, est inutile, la Chambre de céans disposant des éléments nécessaires pour trancher le litige. c. Il n'est pas nécessaire de revenir sur les rapports des Drs C_____, D_____, F_____ des années 2007 et 2008, dans la mesure où ils portent sur une période qui excède l'objet du litige et pour laquelle le recourant s'est déjà vu octroyer une rente entière d'invalidité, du 30 août 2006 au 31 mars 2008. d. Les rapports du 9 février 2011 du Dr G_____ et du 11 février 2011 de la Dresse F_____, bien que brefs et non motivés s'agissant des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, ont mis objectivement en évidence une aggravation de l'état de santé du recourant sous la forme de douleurs cervicales. Ils ont été à l'origine, à tout le moins partiellement, de la mise en œuvre de l'expertise du Dr H_____, puis dans un second temps, de l'expertise de la Clinique Corela. Les conclusions contenues dans ces documents ont été prises en compte et discutées dans le cadre de cette dernière expertise.

A/446/2016 - 20/22 - e. La question de la valeur probante de l'expertise du Dr H_____ peut rester ouverte, dans la mesure où elle ne porte que sur l'aspect rhumatologique des atteintes à la santé du recourant. A ce propos, le Dr H_____ lui-même a émis plusieurs réserves quant à son analyse du cas et préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, ainsi que diverses mesures d'investigation complémentaires. En tout état de cause, les conclusions du Dr H_____ relatives à la capacité de travail du recourant, pour autant que ce dernier consente à se faire opérer, sont conformes à celles des experts de la Clinique Corela. f. Quant au rapport du 8 juin 2015 du Dr N_____, il fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis 2005 et 2008. Outre le fait que ledit rapport n'est pas suffisamment motivé et qu'il repose, à tout le moins en partie, sur les plaintes du recourant, il apparaît que les constatations du Dr N_____ n'apportent aucun élément nouveau qui aurait été ignoré par les experts de la Clinique CORELA. En effet, le fait que l'état de santé du recourant se soit aggravé depuis 2005 et 2008 est connu depuis plusieurs années, étant rappelé que c'est cet élément qui a conduit la Chambre de céans à renvoyer la cause à l'intimé dans son arrêt du 28 octobre 2010 (ATAS/1102/2010). g. S'agissant du « rapport d'expertise médicale » du Dr P_____, il est principalement fondé sur les plaintes du recourant, de sorte qu'il n'est pas suffisamment objectif pour conduire à remettre en question l'expertise de la Clinique Corela. De plus, les diagnostics n'ont pas été retenus de manière explicite et les conclusions, en particulier en lien avec la capacité de

travail, n'ont fait l'objet d'aucune motivation. En tout état de cause, les atteintes énumérées par le Dr P_____ ne sont pas différentes de celles identifiées et analysées par les experts. h. Enfin, l'avis émis le 26 octobre 2015 par le Dr G_____ consiste en réalité en une énumération des plaintes du recourant. Il ne contient aucun élément objectif ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise et ne livre ni diagnostic, ni conclusion relative aux limitations fonctionnelles ou à la capacité de travail. i. Compte tenu de ce qui précède, la Chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise de la Clinique Corela. Cela étant, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral énoncée précédemment dans le cadre de la détermination de l'objet du litige (cf. supra consid. 5), il est acquis que le recourant s'est vu reconnaître un droit à une rente entière d'invalidité du 30 août 2006 au 31 mars 2008, de sorte que les conclusions des experts ne doivent être prises en considération qu'à partir du 1er avril 2008. En tout état de cause, en 2010, l'intimé a considéré que le recourant présentait un degré d'invalidité de 100% dans toute activité du 30 août 2006 au 31 mars 2008, en se fondant sur les pièces et rapports figurant au dossier. Or, même si les experts de la Clinique Corela ont apprécié différemment la capacité de travail du recourant pour la période du 30 août 2006 au 31 mars 2008, leur analyse ne consiste en réalité qu'en une appréciation différente des mêmes faits que ceux connus en 2010, ce qui ne permet pas de revenir sur la décision du 13 juillet 2010 rendue par l'intimé (cf. ATF 127 V 353

A/446/2016 - 21/22 - consid. 5b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1). Ainsi, la Chambre de céans retiendra une incapacité totale d'exercer la moindre activité du 30 août 2006 - issue du délai de carence d'une année - au 31 mars 2008, puis du 30 septembre 2013 au 5 janvier 2014. Durant ces périodes, une rente entière d'invalidité doit être octroyée à l'assuré. En revanche, entre le 1er avril 2008 et le 29 septembre 2013, puis dès le 6 janvier 2014, le recourant a recouvré une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (degré d'invalidité de 15%), de sorte qu'aucune rente d'invalidité n'est due pour ces périodes. Dans un souci d'exhaustivité et dans la mesure où le recourant a fait grief à l'intimé de ne pas lui avoir octroyé de reclassement professionnel, la Chambre de céans relève encore que le degré d'invalidité du recourant, 15%, est insuffisant pour lui octroyer une telle mesure professionnelle (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

E. 15

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et les décisions du 11 janvier 2016 réformées dans le sens de ce qui précède. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/446/2016 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :