

GE_GERICHTE ATAS/279/2017 vom 11. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_279_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/279/2017 du 11 avril 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/279/2017 del 11 aprile 2017

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé le 24 octobre 2016 contre la décision querellée du 22 septembre 2016, reçue par le recourant le 26 septembre 2016, le présent recours a été interjeté en temps utile. Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

A/3608/2016 - 26/46 - b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/ Bettina KAHIL-WOLFF/ Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références). 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; 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; 122 V 157 consid. 1d). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGa). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 3

a. 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 respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales

A/3608/2016 - 27/46 - 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; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'espèce, les faits pertinents remontent jusqu'au 10 août 2010, et la décision querellée du 22 septembre 2016 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI susvisées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision et la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). b. S'agissant des dispositions matérielles de la LPGa, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGa elle-même dans son ensemble, elles consacrent en règle générale une version formalisée sur le plan de 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. 4

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité, et s'il a droit à des mesures d'ordre professionnel.

E. 5

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).

E. 6

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit

A/3608/2016 - 28/46 - invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. 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). c. 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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7

a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent 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). b. Selon le

principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

A/3608/2016 - 29/46 - l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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

A/3608/2016 - 30/46 - 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. 8

a. 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 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. À 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 ; 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 I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). b. À 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

A/3608/2016 - 31/46 - 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 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). c. 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). d. Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse -

A/3608/2016 - 32/46 - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références; voir également arrêts 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

E. 9

a. Il a déjà été relevé, à propos de la notion d'invalidité, qu'une atteinte à la santé n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des

effets sur la capacité de gain (ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur la capacité d'accomplir les travaux habituels), effets qu'il y a lieu d'évaluer en intégrant les efforts de volonté raisonnablement exigibles de la part de l'assuré. Les atteintes à la santé pertinentes peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées (cf. ATAS/1010/2016 du 6 décembre 2016 consid. 7). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). b. Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme 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. En particulier, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant présuppose une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes éditée par l'Organisation mondiale de la santé, 10ème révision [CIM-10], ad F 45.50; arrêt du Tribunal fédéral 9C_533/2016 du 27 octobre 2016 consid. 4.2; ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 p. 285). Un tel diagnostic 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

A/3608/2016 - 33/46 - 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 douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2). c. Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de

l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65; 131 V 49; 130 V 352; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 1199 ss; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral: la rupture, in Regards de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss). d. Selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement

A/3608/2016 - 34/46 - exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais 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 somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans

laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. e. Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou judiciaire demandée - le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des

A/3608/2016 - 35/46 - spécialistes - permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

E. 10

En l'espèce, dans la décision litigieuse, l'intimé a nié le droit du recourant à toutes prestations de l'AI. Il s'est basé pour cela sur l'avis du SMR du 12 juillet 2016, lequel conclut, s'appuyant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la clinique Corela du 9 mai 2016, que le recourant dispose à compter du 21 février 2011 d'une capacité de travail entière dans toute activité, sans limitations fonctionnelles. Ce dernier conteste la valeur probante dudit rapport, estimant qu'il comporte des incohérences. Il convient en conséquence d'examiner le rapport d'expertise à la lumière des exigences posées par la jurisprudence.

E. 11

a. Dans un premier temps, le recourant reproche aux experts de ne pas être des spécialistes dans les domaines pratiqués, n'étant pas des médecins membres de la FMH. b. Ainsi que le relève à juste titre l'intimé, selon la jurisprudence, pour autant que le médecin dispose d'une formation spécialisée dans la discipline médicale pratiquée, et qu'il possède ainsi les qualifications et les compétences nécessaires, le titre FMH ou l'appartenance à une organisation professionnelle ne sont pas requis. La formation spécialisée peut ainsi avoir été suivie et achevée à l'étranger (arrêt du Tribunal fédéral 9C_736/2009 du 26 janvier 2010 consid. 2.1). c. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'un examen clinique pluridisciplinaire par les Drs N_____, O_____ et P_____, qui sont respectivement chirurgien orthopédique du membre supérieur, rhumatologue et psychiatre, médecins auprès de la clinique Corela. Quand bien même ces praticiens n'ont pas passé leur examen de spécialisation en Suisse, et ne disposent ainsi pas d'un titre FMH, ils ne sont pas moins des spécialistes dans la discipline qu'ils exercent, de sorte que l'absence dudit titre, à lui seul, ne saurait suffire à remettre en cause leur rapport. En outre, depuis le 1er mars 2012, les offices AI sont tenus de mettre en œuvre tous les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire par l'intermédiaire de la plate-forme en ligne SuisseMED@P, laquelle attribue le mandat d'expertise de manière aléatoire (art. 72bis RAI) (cf. circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], annexe V). Dans la présente affaire, le mandat d'expertise pluridisciplinaire a été attribué de façon aléatoire à la clinique Corela, information communiquée à l'intimé par SuisseMED@P le 21 juillet 2015.

E. 12

a. L'expertise considérée repose sur le dossier médical du recourant et son examen physique, comprenant divers tests, effectué les 15 et 29 septembre, ainsi que le 13 octobre

2015. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. Toutefois, ainsi qu'on le verra ci-après, les conclusions des experts

A/3608/2016 - 36/46 - ne sont, en partie, pas cohérentes ni convaincantes en ce qui concerne le volet psychiatrique. b. Au préalable, sur le plan somatique, les experts ont constaté que le recourant présentait une laxité gléno-humérale inférieure (épaule droite), sans instabilité, ce qui confirmait l'existence d'une atteinte touchant le ligament gléno-huméral inférieur et la capsule inférieure. La rupture dudit ligament avait été réparée lors de l'opération du 15 décembre 2010. Le recourant sentait son épaule plus stable depuis cette chirurgie. L'évolution sur le plan clinique était favorable ; l'examen témoignait d'une très grande diminution de l'instabilité, le seul signe retrouvé était la persistance d'une laxité inférieure, sans répercussion fonctionnelle (rapport d'expertise, p. 56). Le recourant rapportait toutefois des douleurs permanentes de l'épaule droite, diurnes et nocturnes, augmentant à l'effort, des douleurs au niveau de la côte flottante gauche, des douleurs dans toute la colonne vertébrale, avec irradiation au niveau de la nuque et de la base du crâne. Les examens effectués démontraient l'absence d'amyotrophie des membres supérieurs (p. 41), aucune instabilité à l'armée du bras n'était décelée (p. 44), ni une lésion de la coiffe des rotateurs (p. 45). S'agissant du rachis, aucun trouble statique n'était observé. Les plaintes au niveau du rachis n'étant corroborées par un substrat organique avéré, l'éventualité d'une composante psychogène n'était pas exclue (p. 79). On relèvera que cette analyse concorde avec celle des médecins traitants. Dans son rapport du 11 mai 2011, le Dr F_____ a noté que la stabilisation chirurgicale avait été sans grand effet sur la symptomatologie douloureuse. Toutefois, les nombreux examens complémentaires réalisés étaient toujours dans la limite de la norme, et ne permettaient pas d'expliquer de façon manifeste les douleurs éprouvées au niveau de l'épaule droite et au rachis. Le courrier de la Dre D_____ du 14 juin 2011, ainsi que les rapports joints audit courrier, mettent également en évidence des douleurs, sans substrat organique. Quant aux effets sur la capacité de travail, les Drs D_____ et K_____ renvoyaient à l'appréciation du psychiatre traitant (cf. leurs rapports des 14 juillet et 10 août 2011). En particulier, la Dre D_____ n'avait pas exclu la reprise d'une activité professionnelle après un traitement psychiatrique. Sur cette base, il y a effectivement lieu d'admettre, à l'instar des experts et du SMR (avis du 12 juillet 2016), que le recourant a présenté, en raison de ses diverses douleurs, notamment de l'épaule droite, une incapacité de travail partielle depuis le 10 août 2010, totale dès le 14 décembre 2010 (hospitalisation et intervention chirurgicale), partielle du 1er au 20 février 2011 (en lien avec les suites opératoires), et nulle à partir du 21 février 2011. Il convient encore de retenir une incapacité de travail partielle du 7 mars au 5 avril 2011 et totale du 6 au 30 avril 2011 (dans le cadre des investigations douloureuses), ainsi que cela a été admis par les experts.

E. 13

a. Sous l'angle psychiatrique, les experts ne retiennent, en revanche, aucune atteinte incapacitante. b. Les experts ont posé les diagnostics suivants : un possible syndrome douloureux somatoforme persistant, des troubles mentaux et troubles du

A/3608/2016 - 37/46 - comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé, en status post, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, en rémission partielle et des phobies sociales, avec des symptômes anxieux, associés à une crainte marquée d'être exposé au regard d'autrui dans les situations sociales, en status post

depuis 2010-2011. c. La psychiatre traitante, la Dre L. _____, a quant à elle diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une phobie sociale, une anxiété généralisée, un état dépressif moyen, ainsi qu'un trouble somatoforme persistant (cf. rapports des 28 août et 7 décembre 2011, 20 juin 2012, 13 février et 31 juillet 2013). Les HUG ont également posé les diagnostics de trouble mental et de trouble du comportement sur sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue, d'un épisode dépressif moyen, de phobies sociales et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (cf. résumé de séjour du 28 octobre 2011). Suite à la seconde hospitalisation du 13 au 20 décembre 2011, les HUG ont retenu, outre les mêmes diagnostics, un trouble mental et un trouble du comportement sur sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (cf. lettre de sortie du 30 décembre 2011). d. S'agissant des diagnostics retenus par les experts en lien avec l'usage de l'alcool et de sédatifs, en status post, respectivement, abstinent en rémission partielle, leur analyse n'apparaît pas critiquable. En effet, d'une part, les médecins traitants n'ont jamais posé le diagnostic relatif à une consommation d'alcool abusive, et suite à la deuxième hospitalisation du recourant aux HUG, ces derniers avaient indiqué, en ce qui concerne le syndrome de dépendance lié aux benzodiazépines, que le recourant était actuellement abstinent. Le recourant a confirmé qu'il n'avait depuis son sevrage plus consommé ces médicaments de façon incontrôlée ou intense (rapport d'expertise, p. 118-119). D'autre part, les tests urinaires effectués lors de l'expertise, révélés négatifs, ont mis en évidence que le recourant n'ingurgitait pas d'éthyle, ni de benzodiazépines de manière inappropriée (p. 120 et 124). Par contre, l'appréciation des experts quant à l'absence d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif ou de trouble dépressif récurrent appelle les commentaires suivants. e. Certes, au terme de leur examen, le 9 mai 2016, les experts ont conclu à l'absence de signe de dépression majeure, d'anxiété généralisée, de trouble de personnalité, ou de limitation fonctionnelle psychiatrique. Au jour de l'expertise, les diagnostics d'anxiété généralisée ou d'épisode dépressif, retenus par les médecins traitants, n'ont pas été objectivés. Bien que le score obtenu lors d'un test témoignât d'une anxiété moyenne, actuellement en lien avec une anticipation de la suite des événements, en particulier de la carrière professionnelle (p. 137), les experts n'ont pas relevé de symptômes physiques d'anxiété, tels qu'attaques de

A/3608/2016 - 38/46 - panique, préoccupations excessives pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée, symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif avec des pensées intrusives ou des comportements compulsifs, phobie simple, ou d'anxiété pour les petits problèmes de la vie quotidienne (p. 138). De même, l'examen clinique de la dépression montrait qu'actuellement, l'assuré ne présentait pas de tristesse, mais davantage une inquiétude pour l'avenir. Le score obtenu lors du test correspondait à des symptômes dépressifs légers (p. 137). Depuis l'introduction de l'Effexor, la tristesse avait évolué favorablement, la concentration était décrite comme globalement bonne, aucun ralentissement ni agitation n'étaient retrouvés, les troubles de sommeil n'apparaissaient pas de manière significative ; la prise de Remeron le soir l'aidait à dormir, l'appétit était noté en augmentation avec une prise pondérale de 15 kg depuis 2011 (p. 146-147). f. Cependant, pour la période entre mai 2011 et juillet 2013, durant laquelle les médecins traitants ont posé lesdits diagnostics, la position des experts n'est soit pas bien motivée, soit pas convaincante. f/aa. En effet, s'agissant de l'anxiété généralisée, les experts écartent ce diagnostic et retiennent des troubles anxieux phobiques (en status post depuis 2010-2011). Ils ont considéré que, si le recourant se faisait du souci, ainsi que le décrivait

son médecin traitant en août 2011, et attendait des malheurs divers, ses craintes étaient liées à la peur d'être moqué, voire agressé en raison de la couleur de ses cheveux roux, si bien qu'il s'agissait plutôt d'une forme de tension et d'inquiétude dans un contexte donné, de manière réactionnelle et non d'une anxiété généralisée (p. 138). De plus, s'il existait des inquiétudes de longue date en lien avec les douleurs et leur évolution, contribuant à l'anxiété décrite comme flottante (par le médecin traitant), elles ne rentraient pas dans le cadre d'une anxiété généralisée, et la présence de phobies sociales, incluses dans les troubles anxieux phobiques, récusait ce diagnostic (p. 152). f/bb. Il est vrai que la catégorie F41 « autres troubles anxieux », à laquelle l'anxiété généralisée appartient (F41.1), s'oppose en réalité à la catégorie « F40 » concernant les troubles anxieux phobiques, soit les troubles dans lesquels une anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle. Dans ce groupe figurent notamment l'agoraphobie (F.40.0 - crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics, ou la peur de voyager seul en train, en autobus ou en avion), les phobies sociales (F40.1 - crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale), les phobies spécifiques (isolées) (F40.2 - phobies limitées à des situations très spécifiques comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, les espaces clos, l'utilisation des toilettes publiques, la prise de certains aliments, les soins dentaires, le sang ou les blessures) [cf. ATAS 709/2016 du 13 septembre 2016 consid. 9b/cc].

A/3608/2016 - 39/46 - Toutefois, les experts n'ont pas pris en compte l'ensemble des symptômes présentés par le recourant durant 2011 et 2013, soit des tensions musculaires, des palpitations, un étourdissement (cf. rapport de la Dre L_____ du 28 août 2011), il se faisait du souci pour les tâches minimales de la vie (sortir la poubelle), avec anticipation négative, fatigue et absence d'énergie. Il avait suivi une thérapie cognitivo-comportementale auprès d'une psychologue pour mieux gérer ses symptômes d'anticipation négative, laquelle ne s'était pas révélée aussi bénéfique qu'espérée (cf. rapport de la Dre L_____ du 13 février 2013). D'ailleurs, le jour de l'expertise, les experts avaient retrouvé les symptômes suivants : rougissements, tachycardie, palpitations, transpiration, sensation d'avoir la bouche sèche, respiration difficile, sensations d'étourdissement (p. 139, 142, 148). Le recourant exprimait ses angoisses par rapport à ses douleurs chroniques qui ne guérissaient pas (cf. résumé de séjour des HUG du 28 octobre 2011). En dépit de ses divers symptômes, force est de constater que les experts n'expliquent pas pourquoi les phobies sociales, soit la crainte d'être dévisagé par d'autres personnes (ce qui n'avait pas empêché le recourant d'effectuer son apprentissage durant trois ans auprès de B_____, puis de collaborer au sein de l'employeur), excluent la reconnaissance de l'anxiété généralisée, puisque la peur du recourant n'était pas limitée uniquement aux interactions sociales, mais comportait une part non négligeable de douleurs irradiant au rachis et dans les jambes, lesquelles, bien que sans substrat organique, ont conduit le recourant à abuser de benzodiazépines pour les soulager, en vain. La chronicisation des algies, avec consommation de plus en plus importante de ces substances, avait impacté sur le travail du recourant, qu'il n'arrivait plus à assumer (cf. rapport de la Dre L_____ du 28 août 2011). Les experts n'ont pas non plus explicité les raisons pour lesquelles ils estimaient que la symptomatologie anxieuse, justifiant la prescription de benzodiazépines, n'expliquait pas la consommation excessive avec accoutumance et dépendance progressive à ces médicaments (leur rapport, p. 124). f/cc. Concernant le diagnostic d'épisode dépressif, les experts ont

noté que la surconsommation de benzodiazépines avait pu expliquer une certaine partie des symptômes d'allure dépressive. Tant que cette dépendance était active, aucun épisode dépressif ne pouvait être formellement retenu. Selon eux, le second séjour hospitalier aux HUG était motivé par une recrudescence des symptômes anxieux, et non pas dépressifs (p. 147). Ensuite, si la psychiatre traitante avait évoqué en 2013 la persistance d'un état dépressif, sur la base du dossier anamnestique, aucun élément en faveur d'un épisode dépressif ou d'un autre trouble thymique à cette époque, ni à un autre moment de l'évolution de l'état de santé, n'existait. La lenteur d'évolution évoquée par cette praticienne était à comprendre comme une lenteur d'évolution sur le plan global, en l'absence d'amélioration significative sur le plan douloureux (p. 161). f/dd. Les experts ont procédé à une lecture tronquée du dossier. En effet, le recourant avait des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive (cf. résumé de

A/3608/2016 - 40/46 - séjour des HUG du 28 octobre 2011). Le 7 décembre 2011, la Dre L_____ a relevé une fatigue, une tension constante, un trouble de l'attention et de la mémoire. Le recourant prenait de nombreux médicaments, dont le Lyrica, le Seroquel et le Zoloft, et manifestait des tendances persécutoires (rapport de la psychiatre du 20 juin 2012), des humeurs abattues et moroses, des insomnies rebelles et des idées suicidaires. Le traitement antidépresseur de Cipralax et de Zoloft n'avait pas permis d'éradiquer l'état dépressif. Le Lyrica et le Serquel, ayant causé une sédation trop importante, ainsi qu'une aboulie, avaient dû être interrompus (cf. rapport de la Dre L_____ du 13 février 2013). Il avait été adressé au programme Jade aux HUG, qui avait mis en évidence que les éléments dépressifs et le trouble somatoforme étaient au premier plan (cf. échange de courriels entre les Dres M_____ et L_____ les 16 et 20 décembre 2012). Le recourant était souvent triste, avec un taux d'énergie abaissé, et avait perdu 8 kg au cours des six derniers mois (soit aux alentours d'août 2012) (cf. rapport de la Dre L_____ du 13 février 2013). Il s'ensuit qu'entre 2011 et 2013, le recourant a présenté, contrairement à ce que prétendent les experts, des symptômes dépressifs. En outre, il ressort de la lettre de sortie des HUG du 30 décembre 2011 que la seconde hospitalisation se rapportait à une évaluation thymique et à une adaptation anxiolytique dans un contexte de recrudescence d'une symptomatologie anxio-dépressive. Le recourant présentait à ce moment-là une baisse de la thymie et une augmentation de son anxiété en lien avec les douleurs chroniques, ce qui démontre que l'anxiété et la dépression allaient de pair dans le cas du recourant. Ensuite, les experts ne développent pas pourquoi, aussi longtemps que le recourant surconsommait les benzodiazépines, aucun épisode dépressif ne pouvait être formellement retenu. Quoi qu'il en soit, suite au sevrage du 31 août au 27 septembre 2011, le recourant ne présentait plus une dépendance à ces substances. Preuve en est que selon la lettre de sortie des HUG du 30 décembre 2011, le syndrome de dépendance était actuellement abstiné. Or, il continuait à manifester, après le sevrage, ainsi que cela a été relevé ci-dessus, des symptômes dépressifs.

E. 14

a. Il convient de poursuivre l'analyse concernant le trouble somatoforme douloureux, et déterminer si cette atteinte est invalidante au regard des nouveaux critères jurisprudentiels. À cet égard, l'on précisera que c'est bien la nouvelle jurisprudence (ATF 141 V 281) qui doit trouver in casu application, dans la mesure où la décision querellée du 22 septembre 2016 est postérieure à l'arrêt de principe du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (9C_492/2014) (cf. ATAS/809/2016 du 12 octobre 2016 consid. 16d). Du reste, le rapport d'expertise (basé sur des examens réalisés les 15, 29 septembre et 13 octobre 2015) du 9 mai 2016 est

également postérieur audit arrêt. b. S'agissant de l'atteinte à la santé, les experts ont constaté un éventuel diagnostic de trouble somatoforme, ce qui n'est pas contesté (cf. avis du SMR du 12 juillet 2016). Le recourant souffre de douleurs, sans aucune atteinte organique objectivable. Depuis la prise du traitement consistant en la prise d'Effexor et de A/3608/2016 - 41/46 - Remeron, il a constaté une amélioration de son état de santé anxieux, déclarant même que ce traitement médicamenteux était un « bon compromis », de sorte que son atteinte psychique peut encore être traitée médicalement. Il ne présente pas de limitations ; les capacités de compréhension, de concentration ou encore d'adaptation sont préservées. Lors de l'expertise, son comportement était adéquat, son discours cohérent et bien structuré. Ni un ralentissement, ni une agitation n'étaient observés. Il assume, par ailleurs, les responsabilités de la vie quotidienne (passer l'aspirateur, faire la lessive ou les courses), sans qu'il soit totalement entravé par ses douleurs. Ensuite, son environnement social peut être qualifié de normal. Il s'entretient avec certains amis, il fréquente le cinéma, le fitness, les restaurants, et se promène en ville, puis s'occupe régulièrement de l'enfant d'une amie. Le recourant ne présente ainsi pas de retrait social. Ces éléments viennent corroborer le fait qu'il dispose de ressources personnelles préservées. En outre, il a pu travailler à plein temps pendant six mois en tant qu'assistant administratif entre janvier et juillet 2015, et lors de l'examen, 3/5 signes de Waddell avaient été retrouvés, ce qui indiquait une majoration partielle des plaintes douloureuses. Les douleurs n'étaient ainsi pas fixées, démontrant une certaine discordance entre le discours relatif aux limitations perçues et la capacité de travailler à plein temps. Aussi les experts ont-ils conclu que le syndrome douloureux somatoforme n'était pas incapacitant. À l'aune des indicateurs de la nouvelle jurisprudence, cette analyse n'apparaît pas critiquable, tant et aussi longtemps qu'elle se réfère à l'état de santé actuel du recourant, depuis les examens d'expertise. c. En revanche, l'appréciation des experts, selon laquelle ce diagnostic n'avait jamais été incapacitant, ne saurait être suivie pour la période entre 2011 et 2013. En effet, alors que les Dres L_____ et M_____ (du programme Jade), ainsi que les HUG (cf. résumé de séjour et lettre de sortie des 28 octobre et 30 décembre 2011) ont posé le syndrome douloureux somatoforme, les experts n'ont pas expliqué les raisons pour lesquelles ils ont estimé que ledit diagnostic ne présentait pas un caractère incapacitant pendant cette période. Or, ils avaient reconnu la présence de douleurs multiples évoluant depuis plus de dix ans, sans substrat organique. Le recourant avait consulté un nombre important de médecins et de thérapeutes, en vain. À cet égard, la Dre L_____ avait relevé, dans son rapport du 13 février 2013, l'inefficacité des traitements médicamenteux prescrits à l'époque, et ajouté que la prise en charge comportementale avait permis de l'aider à mieux gérer ses symptômes d'anticipation négative, mais ne s'était pas révélée aussi bénéfique qu'attendue. Dans le cadre du programme Jade, le recourant était pessimiste quant à la possibilité d'une amélioration, une anticipation d'échec était constante (cf. échange de courriels entre les Dres L_____ et M_____ des 16 et 20 décembre 2012). Force est de constater qu'en dépit de l'attitude coopérative du recourant aux divers traitements préconisés, et compte tenu de l'échec de ceux-ci à l'époque (critères notamment déterminants en application de l'ancienne jurisprudence [ATF 130 V 352], en vigueur durant la période en question), il y a lieu de retenir, à l'instar de la Dre L_____, que le recourant, atteint d'une anxiété

A/3608/2016 - 42/46 - généralisée, d'une dépression et de phobies sociales, qui se surajoutaient au syndrome somatoforme persistant, était entravé à accomplir une activité lucrative durant ce laps de temps.

E. 15

Au vu des développements qui précèdent, l'appréciation des experts relative au volet psychiatrique entre 2011 et 2013 sera écartée. Il convient en conséquence de déterminer les moments pendant lesquels le recourant a présenté un taux de capacité réduit.

E. 16

a. En lien avec les diagnostics de phobie sociale, d'anxiété généralisée, de l'état dépressif moyen, ainsi que du trouble somatoforme persistant, la Dre L_____ a conclu à une incapacité de travail totale depuis le 1er mai 2011 (cf. son rapport du 28 août 2011), et spécifié qu'une reprise à temps partiel était envisageable dans les six à neuf mois. Elle a toutefois maintenu dans ses rapports ultérieurs une capacité de travail nulle, avant de considérer, dans son rapport du 31 juillet 2013, que celle-ci était de 25% dans toute activité depuis juin 2013. Au-delà de cette date, la chambre de céans ne dispose pas de rapports médicaux, hormis les conclusions de l'expertise, selon lesquelles l'état de santé du recourant était au jour de l'expertise amélioré. En effet, le recourant avait, environ six semaines avant le premier entretien en vue de l'expertise (le 15 septembre 2015), achevé son activité à plein temps en qualité d'assistant administratif dans le cadre d'un contrat de durée déterminée de six mois (du 19 mai au 31 juillet 2015) au sein d'une étude d'avocats genevoise. Il avait apprécié ledit travail : il relatait une bonne ambiance avec ses collègues, et l'activité, pratiquée en français, contrairement à celle exercée en anglais auprès de l'employeur, était beaucoup moins stressante (rapport d'expertise, p. 17). b. À cet égard, le recourant a produit, dans le cadre de son opposition, l'attestation de la Dre L_____ du 3 août 2016, dans laquelle la praticienne fait état d'une capacité de travail partielle du 4 décembre 2013 au 18 janvier 2015, totale du

E. 19

janvier au 31 juillet 2015, puis partielle dès le 1er août 2015. Elle indique que le recourant avait accepté de travailler à temps complet, n'ayant trouvé un emploi à temps partiel, correspondant à son taux de capacité de travail effectif. Durant sa collaboration au sein de l'étude, le recourant avait présenté une accentuation des douleurs, des problématiques anxieuses, et une incapacité quasiment complète à mener une vie sociale en dehors du travail. Ce document, établi par le médecin traitant pour les besoins de la présente cause, sera considérée avec réserve, puisque si le recourant a pu travailler sans interruption pendant une période relativement longue (six mois), alors même qu'il aurait souffert parallèlement d'une péjoration de son état de santé, la capacité de travail jugée totale pendant la durée du contrat de travail, mais abaissée à 50% le lendemain de son échéance n'emporte pas la conviction de la chambre de céans. c. Dans ces circonstances, il y lieu d'admettre que la capacité de travail du recourant se présente dans toute activité comme suit: 50% du 10 août 2010 au 13 décembre 2010, nulle du 14 décembre 2010 au 31 janvier 2011, 50% du 1er au

A/3608/2016 - 43/46 -

E. 20

a. Enfin, le recourant réclame l'octroi d'une mesure de réadaptation professionnelle. b. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptations pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient

remplies (let. b). c. En l'espèce, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité dès le 19 janvier 2015, date à compter de laquelle il a collaboré durant un semestre au sein d'une étude d'avocats en qualité d'assistant administratif, soit dans son activité habituelle. À l'occasion d'un entretien avec l'intimé le 25 août 2011, il avait déclaré apprécier son métier. Il appert ainsi que des mesures de réadaptation professionnelles ne sont pas nécessaires en l'absence d'une perte de gain. Les conditions pour l'octroi de telles mesures ne sont donc pas remplies.

A/3608/2016 - 45/46 -

E. 21

Par conséquent, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée, et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière du 1er décembre 2011 au 31 mars 2014, et à une demi-rente du 1er avril 2014 au 30 avril 2015.

E. 22

Au vu de l'issue du recours, l'audition de la Dre L_____ et celle du recourant, offerte par celui-ci, est, par appréciation anticipée des preuves, inutile, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite. On relèvera par ailleurs que les conclusions du recourant tendant à l'apport du dossier médical auprès des HUG, notamment celui en rapport avec les deux hospitalisations des 31 août et 13 décembre 2011, sont sans objet ; le résumé de séjour ainsi que la lettre de sortie des HUG en lien avec deux hospitalisations, joints au rapport de la Dre L_____ du 31 juillet 2013, figurent déjà dans le dossier.

E. 23

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1er juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 800.-.

E. 24

Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, arrêtée en l'espèce à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]).

* * * * *

A/3608/2016 - 46/46 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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