

GE_GERICHTE A/335/2016 vom 17. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_335_2016

FR: GE_GERICHTE A/335/2016 du 17 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE A/335/2016 del 17 gennaio 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BOSSHARD recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1959, a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente et de mesures d'ordre professionnel auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 7 octobre 2011. [endif]>![if> 2. Dans son rapport du 2 novembre 2011, le docteur B_____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dépression réactionnelle depuis 2007, d'état de stress post-traumatique depuis 1981, de trouble de l'adaptation depuis 2007, de syndrome anxio-dépressif depuis 2007, de syndrome cervical sur protrusion discale C4-C5 et hernie C5-C6 depuis 2006, d'occipitalgies invalidantes depuis 2006, et de lombalgie-protrusion discale L4-L5 depuis 2008. L'assuré souffrait également d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de diabète de type II, de gastrite et de hernie hiatale, ces atteintes étant sans effet sur sa capacité de travail. [endif]>![if> Dans l'anamnèse, le Dr B_____ a notamment relevé que l'assuré avait été incarcéré et torturé en Turquie en 1981 après un coup d'État. Il était sorti de prison en 1983, très marqué. Depuis 2002, l'assuré travaillait comme nettoyeur de la bibliothèque universitaire. Les symptômes actuels étaient des cervico-occipitalgies, des cervicobrachialgies droites, une dysesthésie du membre supérieur droit, des lombalgies, des lombosciatalgies gauches, une angoisse, une anxiété, des transpirations nocturnes, de la tristesse, des palpitations et des insomnies. Le pronostic était sombre pour le travail de nettoyage. L'assuré ne devrait pas porter des charges plus lourdes que 5 kg, faire des flexions du tronc à répétition, travailler dans l'humidité ou au froid à l'extérieur, et il devait éviter le bruit et le stress. L'activité habituelle restait exigible à 50 % si les restrictions médicales étaient respectées. Le Dr B_____ a joint les pièces suivantes à son rapport :

a. rapport d'IRM cervicale du 28 mars 2006, concluant à une dégénérescence discale débutante et étagée sans discopathie significative, à une encoche corticale avec sclérose du plateau supérieur et antérieur de C5, à une protrusion discale en C4-C5 de localisation médiane, sans image d'hernie ni effet compressif sur les racines, à une hernie discale en C5-C6 de faible épaisseur, de localisation médiane et paramédiane gauche appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural et discrètement sur l'émergence de la racine C6 gauche, à une arthrose des masses latérales sans rétrécissement significatif des trous de conjugaison, et à de multiples formations nodulaires sur la séquence myélographique à la hauteur de la charnière cervico-dorsale, traduisant le plus vraisemblablement des kystes radiculaires ;![endif]>![if> b. rapport des médecins du service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 17 janvier 2007, posant le diagnostic de syndrome irritatif non déficitaire C6 droit ;![endif]>![if> c. rapport d'IRM lombaire du

7 janvier 2008 concluant à une ébauche de protrusion discale foraminale gauche L4-L5 sans conflit radiculaire, à un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, et à une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures ;

3. rapport du docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, du 13 avril 2010, indiquant que l'examen myographique du membre supérieur droit avait révélé des signes de dénervation modérés et chroniques de distribution radiculaire C6, et faisant état d'une neuropathie canalaire carpienne droite, le myogramme thénarien étant cependant encore physiologique.

4. Dans son rapport rempli le 5 décembre 2011, la Ville de Genève a indiqué qu'elle employait l'assuré depuis décembre 2001 en qualité de nettoyeur. Son revenu en 2011 s'élevait à CHF 78'187.60, 13^{ème} salaire inclus, ce qui ne correspondait pas à son rendement, lequel était de 50 %. Depuis fin 2007, les tâches de l'assuré avaient été aménagées conformément aux recommandations médicales.

5. Dans son rapport du 5 décembre 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.2) depuis 2010, d'hypertension et de diabète. L'assuré avait des idées noires, des troubles de la concentration, était fatigué et angoissé. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 octobre 2010. Les capacités de compréhension, de concentration et d'adaptation étaient limitées pour des raisons linguistiques. Son incapacité de travail de 50 % avait déclenché des conflits relationnels avec ses collègues de travail, et l'assuré avait développé un état dépressif en relation avec ses conditions de travail, avec une détresse marquée par la fatigue et une baisse de l'élan vital. Après de nombreuses périodes d'incapacité de travail avec des reprises partielles ou complètes, il était à nouveau en incapacité de travail totale depuis le 20 décembre 2011. Les symptômes persistaient malgré le traitement pharmaceutique.

6. Dans son rapport du 5 mai 2012, le Dr D_____ a signalé une aggravation de l'état de l'assuré. Ce dernier avait subi une fracture due à la fatigue au niveau des os métatarsiens du pied droit. L'incapacité de travail était totale.

7. Le Dr B_____ a mentionné une amélioration (sic) de l'état de santé dans son rapport du 25 mai 2012, en précisant que la dépression et l'anxiété avaient conduit à un séjour de trois semaines à la Clinique genevoise de Montana. L'assuré avait subi une fracture de fatigue de la diaphyse du 2^{ème} métatarsien droit en février 2012. Il était algique et plaintif. Les douleurs lombaires et cervicales s'étaient exacerbées. L'assuré ne pouvait fléchir le tronc de manière répétée, soulever des charges lourdes et rester longtemps dans la même position. Il ne pouvait se concentrer et rester calme.

8. Les docteurs E_____ et F_____, médecins à la Clinique genevoise de Montana, ont diagnostiqué dans leur rapport du 8 juin 2012 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations (F 33.1) et les comorbidités suivantes : troubles anxieux généralisés, cervicalgies avec irradiation dans le membre supérieur droit, syndrome métabolique avec hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète de type II, surcharge pondérale et status post-fracture de fatigue du 2^{ème} métatarsien droit.

9. Le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin-conseil de la Ville de Genève, a retenu dans son rapport du 26 juillet 2012 que l'assuré pouvait reprendre son poste – lequel avait déjà été adapté – à 50 % dès le 1^{er} août 2012.

10. Le 31 juillet 2012, le Dr D_____ a attesté d'une capacité de travail de l'assuré de 50 % dès le 1^{er} août 2012.

11. Le 21 septembre 2012, le Dr B_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré, en raison de l'exacerbation de céphalées chroniques devenant invalidantes sur le côté droit, de l'augmentation des douleurs cervicales, de la lombosciatalgie gauche, des angoisses, et

d'une diminution de la mémoire depuis juillet 2012. La capacité de travail était de 50 % en tant que nettoyeur. Pour des raisons physiques et psychiques, aucun autre travail ne paraissait possible. !endif]>![if> 11. Dans son rapport du 22 octobre 2012, le Dr D_____ a qualifié l'état de stationnaire, avec une thymie triste et une fatigue. L'état avait très peu évolué. La capacité de travail était de 50 %. Un changement de poste dans le même domaine serait utile. !endif]>![if> 12. Dans une note interne du 22 mai 2013, l'OAI a relevé que l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre n'avait toujours pas eu lieu. Le droit au salaire de l'assuré prenant fin au 31 mai 2013, l'OAI proposait le versement d'une indemnité journalière du 1^{er} juin au 31 août 2013 afin de privilégier un maintien en emploi. !endif]>![if> 13. L'OAI a versé des indemnités journalières à l'assuré du 1^{er} juin 2013 au 28 février 2014. !endif]>![if> 14. Le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté d'une capacité de travail nulle dans son certificat du 12 mars 2014, qu'il a régulièrement confirmée par la suite. !endif]>![if> 15. L'assuré a été hospitalisé du 1^{er} juin au 8 juillet 2014 en raison d'une suspicion de fièvre méditerranéenne familiale. !endif]>![if> 16. Selon leur rapport du 13 janvier 2015, les médecins du service de neurologie des HUG ont examiné l'assuré, lequel se plaignait de céphalées. Ils ont retenu les diagnostics de suspicion d'artérite gigantocellulaire et de probable polyneuropathie de longueur dépendante. Dans l'anamnèse, ils ont noté que les analyses génétiques visant à établir une fièvre méditerranéenne familiale s'étaient révélées négatives. L'examen neurologique avait révélé une hypoesthésie subjective hémicorporelle droite et une pallesthésie abaissée en distale. Une biopsie de l'artère devait avoir lieu. !endif]>![if> 17. L'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI a été confiée à la clinique Corela. !endif]>![if> Dans leur rapport de 163 pages du 22 juillet 2015, les docteurs I_____, rhumatologue, J_____, spécialiste en médecine interne, et K_____, spécialiste en psychiatrie, ont noté que l'expertise se fondait notamment sur une consultation de l'appareil locomoteur, une consultation de psychiatrie, ainsi qu'un avis de médecine interne. Dans l'anamnèse, les médecins ont tout d'abord noté que les résultats de l'examen génétique relatif à la fièvre méditerranéenne familiale étaient inconnus. Ils ont intégré dans ce chapitre tous les éléments ressortant du dossier, notamment les rapports des employeurs, ainsi qu'une description analytique sous forme de tableau de l'activité de nettoyeur. Ils ont également rapporté les déclarations de l'assuré sur sa vie de famille et ses antécédents médicaux. Dans l'anamnèse médicale, les médecins ont relevé que le dosage génétique effectué pour la fièvre méditerranéenne familiale s'était révélé négatif. La biopsie de l'artère temporale réalisée le 9 février 2015 n'avait pas confirmé de signe d'artérite gigantocellulaire de Horton, mais uniquement une hyperplasie intimale de caractère non spécifique. Dans l'anamnèse psychiatrique, il était noté que l'assuré rapportait de manière authentique l'épisode d'incarcération et de torture. Il avait reçu entre novembre 2014 et janvier 2015 des menaces téléphoniques d'ordre politique, qui auraient réactivé son sentiment de peur, plutôt que de névrose post-traumatique. Les experts ont ensuite rédigé un chapitre concernant les plaintes dans la vie quotidienne de l'assuré. Ce dernier ne signalait pas de difficulté pour ses soins personnels. Il avait des réveils nocturnes en lien avec ses douleurs cervicales et de l'épaule droite. Il dormait mieux actuellement, mais il décrivait des angoisses, ou plus précisément une peur de la mort. Les experts ont conclu que l'assuré rapportait beaucoup de plaintes mais qu'« au final, son fonctionnement restait extrêmement routinier et peu altéré par un processus psychique ». Ils ont ajouté que le recourant estimait que sa vie sociale était diminuée d'environ 20 %, car il était plus nerveux. Or, les experts retenaient qu'il sortait souvent pour boire un café, notamment au tea-room de sa femme,

qu'il voyait des amis ainsi que sa famille installée à Zurich, à qui il rendait visite deux ou trois fois par an. Il s'était également rendu en Turquie dans le cadre d'une visite familiale trois ans auparavant. Ainsi, on ne pouvait vraiment pas parler d'altération majeure de la sphère sociale. L'assuré rapportait des céphalées l'empêchant de consulter sa tablette au bout de quinze minutes. Paradoxalement, il pourrait lire des articles philosophiques et des essais politiques en turc. Il disait qu'il lui était impossible de reprendre une activité professionnelle à cause des douleurs, du vide qu'il ressentait, mais également du moral. En outre, il ne supportait plus ses collègues et disait chercher un autre travail. Dans l'analyse sur le plan locomoteur, les diagnostics de dégénérescence protrusive C4-C5, sans incidence sur la capacité de travail au jour de l'expertise, et de protrusion gauche C5-C6 étaient retenus. Les experts mentionnaient à cet endroit le compte-rendu d'hospitalisation du 8 juin 2012, avant de poursuivre par une « note explicative » sur les dégénérescences, et la mention des plaintes de l'assuré se rapportant à cette atteinte, qui comprenaient des douleurs occipito-cervicales fréquentes et invalidantes et des paresthésies droites. Ils ont en outre une nouvelle fois repris les éléments mentionnés dans des rapports médicaux et mentionné les résultats de l'auto-questionnaire de l'évaluation de la douleur, dont le score contrastait selon eux avec la présentation de l'assuré. On notait des discordances concernant les activités de lecture, car l'assuré relatait des difficultés dans cet auto-questionnaire, alors qu'il disait pouvoir lire des articles politiques, philosophiques, mais également des romans. Le rapport d'expertise se poursuivait par la description de l'examen clinique, lequel avait eu lieu en présence d'un interprète. L'assuré n'avait manifesté aucun signe d'inconfort durant l'interrogatoire de 60 minutes. La palpation de l'ensemble des épineuses du rachis cervical se révélait strictement indolore. Il n'y avait pas de contracture des muscles paravertébraux cervicaux, ni de contracture des muscles des trapèzes. La mobilité du rachis cervical était normale. Les réflexes étaient normovifs et symétriques. En avril 2010, le Dr C_____ avait retrouvé des réflexes ostéotendineux très faibles ou absents. Ainsi, il existait une amélioration comparativement à cette date. L'examen du poignet ne révélait pas la présence de signe de Tinel, ni de signe de Phalen, ce qui n'était pas en faveur d'un syndrome du canal droit. L'experte a répété le contenu de documents radiologiques remontant à 2006 dans ce contexte. Elle a précisé que des radiographies du rachis cervical avaient été effectuées dans le cadre de l'expertise, mais qu'elles ne montraient pas d'images de dégénérescence discale patente. Aucune atteinte des plateaux vertébraux de type Modic n'était visible sur l'IRM cervicale de 2006. L'experte a ensuite relaté les dosages médicamenteux effectués, avant d'exposer le diagnostic de dégénérescence protrusive de C4 à C5, répétant les plaintes en lien avec ce diagnostic, en affirmant qu'elles n'étaient pas corroborées par le diagnostic retenu de protrusion C5-C6 gauche. Après avoir une nouvelle fois rappelé le contenu des rapports médicaux, l'experte a soutenu qu'il n'y avait pas d'argument en faveur du diagnostic d'irritation radiculaire C6 à C5 à droite mentionné dans le compte-rendu d'IRM cervicale du 29 mars 2006, et qu'aucune image herniaire vraie n'était retrouvée à la lecture actuelle des clichés de l'IRM cervicale de 2006. Le diagnostic d'occipitalgies invalidantes existant depuis 2006 évoqué par le Dr B_____ n'était pas retenu, car il s'agissait d'un descriptif de plaintes et non d'un diagnostic lésionnel. Il en allait de même pour le diagnostic de cervicalgies avec irradiation dans le membre supérieur droit rapporté par les médecins de la Clinique genevoise de Montana. La protrusion en C5 à C6 gauche était isolée et ne montrait pas de signe d'irritation radiculaire au niveau de l'examen clinique. Elle n'entraînait pas de limitations fonctionnelles. Il était noté que la dégénérescence protrusive C4 à C5 n'était pas à l'origine d'une complication ou

d'un retentissement clinique. Partant, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue, y compris dans les positions en porte-à-faux cervical et dans le port de charges. Pour la protrusion C5 à C6 gauche, l'opinion de l'experte n'allait pas dans le sens du Dr D_____, car ce dernier sortait de son champ de compétences lorsqu'il préconisait la reprise des restrictions convenues avec l'employeur, à savoir l'évitement du port de charges lourdes. De plus, la valeur du port de charges n'avait pas été précisée. La Dresse I_____ s'écartait également de celle du Dr B_____, tendant à éviter les charges pesant plus de 5 kg. En effet, il ne s'agissait pas d'une hernie à proprement parler mais d'une protrusion, laquelle ne retrouvait pas de corrélation radio-clinique. Dans ce sens, on ne notait aucune limitation au niveau du port de charges. En outre, la dégénérescence discale cervicale n'avait pas de répercussion sur le travail au froid, à l'humidité et à l'extérieur. De plus, si l'assuré se plaignait d'une impaction au niveau des flexions du tronc à répétition, cette limitation n'était pas en lien avec la pathologie cervicale C5 à C6 gauche, car une telle restriction toucherait plus le rachis lombaire. De la même façon, l'orthostatisme prolongé pouvait avoir des conséquences sur le rachis lombaire et non sur le rachis cervical. La fatigue et les troubles du sommeil ne pouvaient être expliqués par la dégénérescence protrusive cervicale. De l'avis de l'experte, les pathologies cervicales n'avaient jamais été incapacitantes. Elle a indiqué qu'elle s'écartait des avis des médecins traitants pour ce motif. L'experte n'a retenu aucun diagnostic s'agissant du rachis lombaire. Elle a reproduit le contenu des rapports médicaux et les plaintes de l'assuré telles qu'elles étaient relatées par les différents médecins s'agissant de cette partie du corps, ainsi que les douleurs signalées par l'assuré lors de l'expertise, complétées par un auto-questionnaire. L'assuré avait mentionné des lombalgies intenses aussi bien au repos qu'à l'effort, avec une irradiation dans le membre intérieur gauche et non droit, des douleurs sur la face postérieure du membre inférieur, mais également sur la face antérieure du même membre au mouvement, des douleurs nocturnes, des brûlures, une raideur du membre intérieur gauche et une grosseur et une rougeur. L'experte signalait des discordances, notamment sur la question de la marche, qui était limitée à un kilomètre selon l'auto-questionnaire, alors que spontanément, l'assuré la décrivait limitée à dix minutes. Par ailleurs, lors de l'évocation des plaintes dans la vie quotidienne, l'assuré relatait faire parfois une heure de marche et des promenades dans le parc. L'examen physique du rachis dorsal révélait une perte de la cyphose dorsale. Cependant, la palpation de l'ensemble des épineuses dorsales ne réveillait pas de douleurs ni contracture des muscles paravertébraux dorsaux. L'indice de Schöber dorsal était normal. Il n'était pas retrouvé de trouble de la statique lors de l'inspection du rachis lombaire. La mobilité était conservée, aussi bien dans les inflexions latérales qu'en hyperextension, alors que les douleurs étaient alléguées par l'assuré lors de ces différentes mobilisations. L'experte a noté que les réflexes rotuliens étaient absents de façon bilatérale. Les réflexes achilléens étaient présents mais faibles. Une hypoesthésie tacto-algique était présente dans le membre inférieur gauche et non droit, contrairement aux données de l'examen clinique réalisé aux HUG, témoignant ainsi d'une discordance. Il n'y avait pas d'amyotrophie aux membres inférieurs. L'examen neurologique se révélait donc normal. Une ébauche d'ostéophytose était décrite à hauteur des plateaux vertébraux supérieur de L4 et inférieur de L5 sur le compte-rendu de radiographie du 12 mai 2015, mais la lecture actuelle des images n'allait pas dans ce sens, et ce diagnostic ne serait finalement pas retenu. De même, si une ostéophytose intersomatique marginale gauche en L1 à L2 était évoquée sur le compte-rendu de radiographie, la lecture actuelle des images ne montrait pas de lésion franche et significative, faisant également récuser ce diagnostic. Les nouvelles

radiographies demandées lors de l'expertise ne faisaient pas état d'une scoliose vraie au niveau du rachis lombaire, mais d'une attitude scoliotique sinistro-convexe, alors que celle-ci était décrite comme dextro-convexe sur les radiographies de décembre 2007. La lecture actuelle des images n'allait pas dans le sens des différentes conclusions. La relecture des radiographies réalisées le 12 mai 2015 n'allait non plus totalement dans le sens des conclusions antérieures, dans la mesure où l'attitude scoliotique n'était pas retrouvée. L'experte a justifié l'absence de diagnostic retenu par le fait qu'il s'agissait de plaintes algiques à prédominance gauche, avec une douleur constante semblant être mécanique, avec limitation du port de charges au-delà de 5 kg mais également limitation de l'orthostatisme à cinq minutes et de la marche à dix minutes. La position assise était également limitée à dix minutes. Toutefois, ces plaintes ne se référaient pas à une pathologie précise du rachis lombaire à ce niveau. Des éléments de majoration, notamment la présence d'un faux signe de Lasègue, étaient signalés. Une perte de poids était conseillée. Aucune limitation n'était retenue en l'absence de lésion organique sous-jacente retrouvée au niveau du rachis lombaire. L'irradiation décrite dans le membre inférieur gauche n'avait pas non plus de lien avec une limitation quelconque, du fait de l'absence de lésion somatique. Le taux d'incapacité de travail devrait rester à 0 %, sans baisse de rendement. En l'absence de diagnostic retenu, il n'y avait jamais eu d'incapacité dans la profession de nettoyeur ni dans la profession de serveur en lien avec le rachis lombaire. L'opinion de l'experte divergeait notamment de celle du Dr G_____, car si ce dernier avait signalé une baisse de rendement avec une incapacité de travail à 50 %, elle ne trouvait pas d'explications sur le plan du rachis lombaire ou cervical. Elle a également soutenu que l'opinion du Dr B_____ du 25 mai 2012 ne pouvait être suivie, puisque ce dernier reconnaissait une incapacité totale de travail en raison d'une exacerbation des douleurs lombaires, alors même que l'assuré, dans les suites de son hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana, n'avait pas réclamé de médication antalgique. L'assuré présentait en outre des céphalées de tension et un syndrome métabolique associant hypertension artérielle, dyslipidémie, surcharge pondérale, diabète de type II avec insulino-dépendance, ces troubles étant sans incidence sur la capacité de travail. Une IRM cérébrale avait été réalisée le 9 janvier 2015 à la recherche d'une vasculite et n'avait permis d'objectiver aucune anomalie parenchymateuse ni vasculaire suspecte. Un scanner de l'aorte du 16 mars 2015 avait mis en évidence un nodule thyroïdien droit hétérogène. S'agissant du diabète, qualifié d'incapacitant par le psychiatre de l'assuré, il était effectivement déséquilibré. Toutefois, l'assuré ne suivait pas de régime adapté et ne contrôlait pas correctement sa glycémie. Ceci pouvait expliquer la présence d'une possible neuropathie des membres inférieurs, telle que suggérée par les neurologues des HUG dans leur rapport du 13 janvier 2015. En février 2015, l'examen histologique de l'artère temporale gauche avait révélé un segment d'artère avec une discrète hyperplasie intimale non spécifique. Il n'y avait aucune limitation ni incapacité de travail en lien avec les céphalées. Il n'y avait pas non plus de limitations fonctionnelles en raison du syndrome métabolique. En effet, si le stress s'accompagnait de décharges de catéchotamines augmentant la glycémie, ces perturbations étaient ponctuelles et pouvaient être compensées par une adaptation de l'insulinothérapie. En outre, le stress pouvait engendrer des écarts alimentaires, lesquels requéraient également une modification des posologies d'insuline, mais cela pouvait être corrigé par ce traitement. Il n'y avait donc pas de retentissement fonctionnel. Par ailleurs, si le risque de faire des hypoglycémies contre-indiquait en théorie l'utilisation de machines dangereuses, dès lors qu'une hypoglycémie très élevée pouvait induire des troubles de la concentration, ce n'était pas le cas en l'espèce. Il était de plus

exigible que l'assuré suive un régime et contrôle sa glycémie. Aucune incapacité de travail n'était retenue du fait du syndrome métabolique. L'assuré avait également des douleurs de l'épaule droite. En revanche, il n'y avait pas de plainte concernant la fracture de fatigue du pied droit survenue en février 2012. Il avait indiqué que les douleurs avaient duré pendant six mois. Il se déplaçait sans cannes. Il n'y avait pas d'aspect de pseudo-érysipèle des membres inférieurs. La trophicité deltoïdienne était respectée de façon bilatérale. Il ne semblait pas y avoir d'amyotrophie au niveau des épaules. L'experte signalait des discordances entre la mobilité active et la mobilité passive à droite. Il existait des signes en faveur d'un conflit sous-acromial. Une infiltration était préconisée par l'experte et était programmée pour mai 2015. Il existait actuellement une contre-indication de la position des bras au-dessus de la ligne des épaules, laquelle n'était requise que ponctuellement dans le poste de nettoyeur avec utilisation d'escabeau, et pour une durée d'une demi-heure à deux heures dans son emploi de serveur. Cette incapacité était ponctuelle et disparaîtrait deux semaines après la réalisation de l'infiltration programmée, de même que la contre-indication actuelle dans le port de charges lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12-25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence) et très lourdes (plus de 50 kg occasionnellement et/ou 25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence). La fracture de fatigue du pied droit survenue en 2012 avait été symptomatique pendant une durée de trois mois. Pendant ce temps, la station debout prolongée était contre-indiquée, position requise aussi bien dans l'emploi de nettoyeur que dans celui de serveur. De même, la marche prolongée était contre-indiquée pour une durée de trois mois après la fracture, ainsi que le port de charges lourdes et très lourdes. La marche en escaliers était également contre-indiquée, de même que la conduite d'un véhicule professionnel ou d'engins vibrants. Une incapacité totale de travail aussi bien dans la profession de nettoyeur que de serveur pour une durée de trois mois à compter du diagnostic de fracture de fatigue du 14 février au 14 mai 2012 était admise. Dans l'analyse de psychiatrie, l'expert a repris les diagnostics posés par les médecins et a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée en 2006, sans incidence sur la capacité de travail au jour de l'expertise. Il a évoqué les plaintes s'y rapportant entendues lors de l'expertise et celles ressortant du dossier. Les plaintes de l'assuré n'étaient plus en lien avec le diagnostic retenu, résolu depuis plusieurs années. Elles étaient très fourre-tout, marquées principalement par un sentiment de vide. L'assuré décrivait des troubles de sommeil en voie d'amélioration, des angoisses de mort, un sentiment de honte et surtout une fatigue importante associée à des douleurs multiples. Le score à l'auto-questionnaire de Beck était de 38, ce qui ne reflétait pas la réalité clinique, marquée par la tonalité extrêmement dramatisante de l'ensemble de l'assuré. Ce dernier semblait lors de l'examen avoir des troubles de la mémoire. En 2006, il avait été affecté par l'échec universitaire de son fils aîné, lequel avait sombré dans l'alcoolisme et rompu les liens avec la famille. S'agissant de l'examen clinique relatif au trouble dépressif récurrent, l'expert a rappelé les critères diagnostiques majeurs en les confrontant aux constatations des médecins traitants. Dans ce contexte, il a nié l'existence de tristesse. L'intérêt et le plaisir n'étaient pas altérés. Le visage de l'assuré s'illuminait lorsqu'il parlait de ses petits-enfants. Il y avait une baisse d'énergie, symptôme du trouble de l'adaptation retenu. La confiance en soi et la concentration n'étaient pas altérées. L'assuré se sentait coupable au plan existentiel, mais cela n'avait pas de réalité sur le plan endogène psychiatrique. Il n'y avait aucune constatation objective d'un ralentissement psychomoteur, ni d'une agitation psychomotrice. Le sommeil était rapporté comme très bon et l'appétit conservé. Aucun diagnostic d'épisode dépressif selon la CIM-10 n'était retenu.

Il n'y avait pas de véritable symptôme d'anxiété généralisée au sens vrai du terme, de sorte que le diagnostic d'anxiété généralisée était écarté. L'expert retenait un trouble de l'adaptation réaction dépressive pour 2006, en lien avec le problème d'alcool de son fils et les conflits au travail allégués. La problématique du fils avait entraîné chez l'assuré des symptômes réactionnels par un processus de narcissisme par procuration et projection. Dans le cadre du conflit au travail, les symptômes avaient été un sentiment d'injustice et d'affront narcissique important, avec pour conséquence une baisse de l'énergie. Par la suite, une forme d'enkystement de la situation s'était mise en place. Lorsqu'on demandait à l'assuré si l'arrivée d'un nouveau supérieur en septembre 2006 avait amélioré la situation, il répondait par l'affirmative mais disait que c'était déjà trop tard. Selon le dossier, l'employeur avait pourtant laissé littéralement carte blanche à l'assuré pour l'organisation temporelle des activités qu'il pouvait encore réaliser. Dans ce contexte, les propos de l'assuré montrent une forme de volonté de faire déplacer les problématiques et les impossibilités d'une sphère à l'autre. Par la suite, cet enkystement semblait être entretenu par une forme d'empathie de la part du psychiatre traitant. Il semblait que les suivis effectués auprès des médecins traitants avaient permis à l'assuré d'exprimer ses plaintes « sociales » depuis 2006. Dans ce contexte, ses médecins traitants avaient validé des diagnostics psychiatriques pseudo-dépressifs et anxieux, sans que l'on puisse réellement les intégrer dans une entité diagnostique définie par la CIM-10. En effet, leurs examens cliniques étaient assez sommaires et par là-même peu convaincants sur le plan psychiatrique. Tout au plus pouvait-on retenir un syndrome d'accompagnement des douleurs. Avec le recul actuel sur la situation, on constatait qu'il aurait été possible de mettre un terme à cette situation beaucoup plus tôt, car l'assuré était resté ancré dans ses plaintes. Cette posture de revendication et de réparation permanente par le biais d'une incapacité de travail l'avait au final desservi. Ayant attendu 2011 pour faire remonter à la direction des ressources humaines ses difficultés sociales dans le cadre de son poste, il était alors trop tard pour que l'employeur engage à nouveau des mesures pour d'autres postes adaptés à son état de santé, cinq années s'étant écoulées durant lesquelles l'employeur avait déployé beaucoup d'efforts, sans succès. À ce jour, il y avait surtout de la part de l'assuré une vraie volonté de ne pas reprendre son travail habituel, ce dernier ayant d'ailleurs avoué qu'il n'aimait pas ce travail. La question de la volonté d'une reprise du travail tout court était d'ailleurs questionnable chez un assuré n'ayant jamais voulu de son propre fait déposer une demande de prestations d'invalidité, alors même qu'il bénéficierait ultérieurement de prestations financières sans devoir fournir un effort, l'assurance-invalidité s'étant substituée au chômage durant plusieurs mois, ce qui pouvait avoir contribué à ancrer encore plus l'assuré dans son « droit à la réparation ». Il était évident ici qu'une reprise d'activité serait tout à fait de bon aloi et que l'absence totale de motivation de l'assuré pouvait poser problème. Après avoir une nouvelle fois répété le contenu des rapports médicaux, l'expert psychiatre a noté que les difficultés de concentration et de résistance n'étaient absolument pas documentées, en tout cas pas durant cette expertise, et cela était une certitude, car dans ces domaines, il n'y avait aucun trouble objectivé mais plutôt une absence de volonté. La capacité de travail était totale, sans baisse de rendement. Une incapacité de travail totale durant l'hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana pouvait être admise malgré le diagnostic posé par ses médecins, que l'expert qualifiait d'erroné. L'expert a poursuivi en analysant les critères diagnostiques liés à la somatisation, au trouble somatoforme indifférencié, au syndrome douloureux somatoforme persistant, pour exclure ces atteintes. Dans ce contexte, il était notamment souligné que l'on retrouvait trois signes de Waddell et

des exagérations évidentes, telles qu'une échelle de douleurs à 8/10, alors que les traitements antalgiques n'étaient pas pris correctement. Ces éléments amenaient à un syndrome de surcharge, ne permettant pas d'apprécier l'intensité et la réalité des douleurs, ni leurs réelles répercussions dans la vie quotidienne, d'autant plus qu'il existait ici d'importants bénéfices, en particulier celui de ne pas travailler. S'agissant des critères de gravité en cas d'incapacité de travail attribuée à une fibromyalgie ou à un trouble de la lignée F 45, il n'y avait pas d'affection corporelle chronique qui pourrait interférer significativement avec la faculté à surmonter les douleurs, ni de perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie. L'état psychique cristallisé était en revanche évident. Les bénéfices secondaires étaient ici énormes. En effet, l'assuré ne travaillait pas. Il vivait à son rythme, il ne faisait aucun effort. Le critère de l'échec des traitements n'était pas non plus retenu. En conclusion, les algies ne remplissaient pas les critères de gravité de la jurisprudence pour être qualifiées d'invalidantes. L'expert a relevé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail ni de baisse de rendement dans la dernière profession de nettoyeur, ni dans l'avant-dernière profession de serveur. Il a ensuite exposé plusieurs atteintes et leurs critères diagnostiques, avant de les écarter. Suivait une synthèse, dans laquelle les experts ont notamment relevé que du point de vue rhumatologique, l'assuré était connu pour des douleurs somatiques rachidiennes depuis une dizaine d'années. A l'étage cervical, une IRM réalisée en 2006 avait révélé la présence d'une dégénérescence discale avec une protrusion en C4 à C5 et une protrusion en C5 à C6 gauche sans irritation radiculaire. L'examen électroneuromyographique réalisé la même année n'avait pas mis en évidence de signe de compression radiculaire à ce niveau, et l'ENMG de 2007 ne montrait pas de signes d'une atteinte aiguë ou chronique dans les myotomes C5 à D1 à droite. Techniquement, l'électromyogramme d'avril 2010 évoquait la présence de signes de dénervation modérés et chroniques au niveau radiculaire en C6, mais à droite et non à gauche, ce qui ne correspondait pas aux lésions retrouvées sur l'IRM de 2006. De plus, au jour de l'expertise, l'examen clinique du rachis cervical était normal d'un point de vue purement objectif, de même que l'examen neurologique des membres supérieurs. Au final, les diagnostics retenus au niveau cervical étaient une dégénérescence protrusive du disque intervertébral C4 à C5 et une protrusion du disque intervertébral C5 à C6 gauche. Par ailleurs, si un canal carpien avait été évoqué sur l'ENMG de 2010, l'examen clinique actuel ne montrait pas de signe de Phalen ou de Tinel en faveur d'un tel diagnostic. L'assuré se plaignait de lombalgies, sans qu'il n'y ait de lésion patente. Ces lombalgies avaient pourtant été à l'origine d'une modification de son poste de travail en 2007. Une IRM lombaire avait été réalisée en janvier 2008 et avait mis en évidence une protrusion discale foraminale gauche en L4 à L5, mais il s'agissait uniquement d'une ébauche décrite par le radiologue. Ce dernier ne décrivait pas de conflit radiculaire. La lecture actuelle des images montrait qu'il n'existait aucune protrusion significative. Les radiographies de contrôle effectuées au jour de l'expertise ne montraient pas d'atteinte arthrosique. Ainsi, aucun diagnostic n'était retenu au niveau lombaire. Cela contrastait pourtant avec un examen clinique montrant de nombreux signes subjectifs, notamment une douleur lors des différentes mobilisations du rachis lombaire, alors que d'un point de vue objectif, on ne trouvait aucune restriction. Devant des symptômes d'arthromyalgie avec fièvre, un syndrome de fièvre méditerranéenne avait été évoqué et une corticothérapie instaurée, mais les marqueurs génétiques s'étaient révélés négatifs en 2014. Ce diagnostic ne pouvait être retenu. De plus, des céphalées de tension étaient présentes depuis de nombreuses années, associées à un syndrome métabolique avec surcharge pondérale, hypertension artérielle,

dyslipidémie et diabète de type II devenu insulino-dépendant du fait d'une mauvaise observance thérapeutique. La fracture de fatigue du 2^{ème} métatarsien du pied droit n'était plus symptomatique actuellement. L'assuré se plaignait de douleurs de l'épaule droite en rapport avec une tendinopathie calcifiante du supra-épineux, associée à une bursite sous-acromiale. Sur le plan psychiatrique, on retenait un trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée (F 43.21), consécutif à deux facteurs de stress, soit les troubles concernant son fils en 2006 et les problèmes au travail, lesquels avaient fini par se résoudre puisqu'il y avait eu un changement de hiérarchie et une adaptation de son poste. La situation s'était toutefois enkystée dans une sorte de plainte permanente psychosomatique, avec une absence totale de troubles psychiatriques avérés et diagnostiquables. En effet, les plaintes algiques de l'assuré n'étaient pas explicables par les substrats organiques au niveau cervical. Ces douleurs n'étaient pas non plus à l'origine d'un sentiment de détresse, bien que l'assuré les décrive comme importantes. On ne retrouvait pas de notion de refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de toute cause organique pouvant rendre compte des symptômes somatiques. En outre, les symptômes digestifs et cardiovasculaires rapportés n'étaient pas suffisants pour faire retenir le critère de la somatisation. La personnalité à traits narcissiques était également importante à noter. Le traitement de Lyrica®, pourtant à visée antalgique, n'était pas non plus pris, montrant bien là une note utilitaire de la plainte, ni la codéine prescrite en réserve. Sur le plan psychique, l'évolution était assez délicate à évaluer, non pas en raison d'un diagnostic incapacitant, mais en raison d'une attitude, cette dernière se traduisant surtout chez l'assuré par l'absence de motivation, voire l'existence d'une certaine notion de dû. Il n'y avait toutefois pas vraiment d'interaction, même si ce dernier avait fini par mettre en place, de manière au moins inconsciente, une dynamique assez habituelle d'aller-retour entre plaintes somatiques et psychiques, se plaignant tour à tour d'une impossibilité de travailler pour motifs somatiques et d'impossibilité pour des raisons psychiques. La faible maîtrise du français constituait un handicap pour des postes de travail nécessitant une compréhension de la langue. Il semblait également être dans une phase de revendication et avait signalé «qu'il ne pourrait plus travailler», ce qui témoignait encore de son manque de motivation. S'il avait évoqué vouloir être gardien de prison, il avait par la suite déclaré que cela dépendait des conditions de travail. Enfin, il avait une haute opinion de lui-même, avec quasiment l'évocation du choix de ses propres conditions de travail. De plus, l'assuré était âgé de 56 ans et avait rapporté des difficultés financières, ce qui était susceptible d'inférer sur la reprise d'une activité professionnelle. L'expertise se concluait par un tableau synoptique, reprenant les limitations fonctionnelles et les incapacités de travail admises pour certaines des atteintes. 18. Le Dr L_____ a attesté d'une incapacité de travail totale dès juillet 2015, qu'il a régulièrement prolongée par la suite en établissant des certificats mensuels. 19. Dans son avis du 8 septembre 2015, le docteur M_____, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a relevé que selon les experts, seule une tendinopathie pouvait influencer sur la capacité de travail, mais pas de manière durable. Selon eux, la capacité de travail était entière depuis toujours dans toute activité. Cette expertise était convaincante, dès lors qu'elle prenait en compte toutes les plaintes de l'assuré, s'appuyait sur des examens cliniques approfondis et était complétée par une étude fouillée du dossier. Les experts expliquaient très clairement leur appréciation de la situation et leurs conclusions étaient convaincantes. Il n'y avait pas lieu de s'en écarter. 20. Le 30 septembre 2015, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel le droit à la rente et à des mesures d'ordre professionnel était nié. Il a

soutenu que les éléments recueillis durant l’instruction démontraient qu’il n’existait aucune atteinte incapacitante au sens de la loi. 21. Par courrier du 30 novembre 2015, l’assuré, par son mandataire, a contesté le projet de décision. Il a souligné qu’il ressortait du dossier qu’il avait été incapable de travailler à des taux variant de 50 % à 100 % en fonction des périodes, et qu’il avait été hospitalisé à plusieurs reprises. Il était incompréhensible que les experts écartent purement et simplement les avis des Drs B_____, G_____ et D_____, qui le suivaient depuis longtemps. Il invitait l’OAI à lui octroyer une rente d’invalidité, son taux d’incapacité étant manifestement supérieur à 40 %.

22. Par décision du 18 décembre 2015 adressée au mandataire de l’assuré, l’OAI a confirmé les termes de son projet. Les objections de l’assuré avaient déjà été prises en compte.

23. Par écriture du 1^{er} février 2016, l’assuré, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l’intimé. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et au renvoi à l’intimé pour nouvelle décision. Il a contesté la validité de la décision car elle ne mentionnait pas son nom, sauf sous la rubrique « Concerne ». Une décision qui ne permettait pas de distinguer aisément son destinataire était nulle. En outre, sa motivation était tellement vague qu’on ne savait pas quels éléments la fondaient. Pour ce motif, il y avait lieu de renvoyer la décision à l’intimé (sic). De plus, l’intimé ne pouvait déléguer son pouvoir de décision au SMR. Il avait par ailleurs rejeté sans motivation les arguments développés par le recourant dans son courrier du 30 novembre 2015. Ainsi, la décision litigieuse était manifestement arbitraire, si elle n’était pas nulle.

24. À la même date, le recourant a interjeté recours en personne contre la décision de l’intimé. Il a indiqué que son état de santé se détériorait de jour en jour, en énumérant ses atteintes. Il souffrait de plus d’un cancer sur la lèvre inférieure et serait hospitalisé pour ce motif aux HUG.

À l’appui de son recours, il a produit un rapport d’histologie des HUG du 11 janvier 2016, diagnostiquant un carcinome épidermoïde invasif différencié, kératinisant, de la demi-muqueuse labiale inférieure, ainsi qu’un courrier du professeur N_____, spécialiste en stomatologie, signalant une lésion labiale évoluant depuis deux ans.

25. Dans sa réponse du 1^{er} mars 2016, l’intimé a conclu au rejet du recours. Il a affirmé que l’expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu’elle prenait en compte la situation médicale du recourant dans son ensemble. Les experts ayant conclu à l’absence d’atteinte avérée, il existait une pleine capacité de travail depuis toujours. S’agissant du rapport d’histologie de janvier 2016, il signalait une atteinte postérieure à la décision et ne pouvait donc pas influencer la capacité de travail au moment où la décision litigieuse avait été rendue.

L’intimé a produit à l’appui de son écriture un avis du 9 février 2016 du Dr M_____, lequel retenait que le recourant présentait une aggravation très nette de son état de santé, qui était toutefois postérieure à la décision du 9 décembre 2015.

26. Par réplique du 29 mars 2016, le recourant a souligné que l’intimé avait remis un dossier comprenant plus de 1000 pages sans indiquer sur quelles pièces reposait sa décision. Cette manière de faire ne saurait être acceptée et ne constituait pas une motivation. Il n’indiquait pas les éléments de l’expertise l’ayant conduit à prendre la décision attaquée, empêchant ainsi toute argumentation de l’assuré. L’expertise ne tenait pas compte de l’hospitalisation psychiatrique du 1^{er} juin au 8 juillet 2014, ni de la maladie de Horton, de la polyneuropathie et du diabète. La question du stress post-traumatique et des troubles du sommeil n’était pas non plus discutée. Le recourant ne s’exprimait que difficilement en français et l’expertise avait eu lieu sans interprète. Il y avait ainsi lieu de faire droit à ses conclusions.

Il a produit un rapport du 18 février 2016 du Dr H_____, indiquant que la somme des problèmes du recourant rendait compte d’une

difficulté majeure à reprendre le travail. Le recourant se plaignait d'un état dépressif durable multifactoriel. Au plan somatique, on relevait d'importantes céphalées, d'importantes nuchalgies et lombalgies, des douleurs abdominales récurrentes diffuses, une suspicion de fièvre méditerranéenne familiale, une polyneuropathie sensitive, une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure récemment opérée, un diabète insulino-traité, une hypertension artérielle actuellement stabilisée, une hypercholestérolémie et un récent problème allergique nécessitant un bilan en cours. Le recourant a également joint un rapport du 18 mars 2016 du Dr D_____, évoquant l'hospitalisation du 1^{er} juin au 8 juillet 2014, une consultation neurologique du 13 janvier 2015 avec suspicion de maladie de Horton, des signes cliniques de neuropathie pouvant être la conséquence de son diabète, et une lésion cancéreuse. Au plan psychiatrique, les symptômes anxieux-dépressifs s'étaient aggravés de manière fulgurante : le recourant présentait des symptômes compatibles avec un syndrome d'état de stress post-traumatique à la suite de son emprisonnement en Turquie. Il présentait des troubles du sommeil graves et une symptomatologie anxieuse et dépressive. Son incapacité de travail était pour l'heure totale, et ce pour une durée indéterminée. 27. Par courrier du 11 avril 2016, le recourant a soutenu que les certificats d'incapacité de travail que le Dr H_____ continuait d'adresser à l'intimé attestaient d'une incapacité de travail totale, qui perdurait à défaut d'évolution positive de son état de santé. 28. Dans sa duplique du 20 avril 2016, l'intimé a relevé que l'expert avait noté qu'une biopsie avait exclu une maladie de Horton. L'expertise s'était également prononcée sur le diabète, le sommeil et le stress post-traumatique. Elle avait de plus eu lieu en présence d'un interprète. 29. L'intimé a joint le rapport du 4 avril 2016 du Dr M_____, lequel constatait une aggravation de son état de santé postérieure à la décision de décembre 2015. On ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour se faire une idée précise de la sévérité de la nouvelle atteinte cancéreuse. 30. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 21 avril 2016. 31. L'intimé a par la suite régulièrement transmis à la chambre de céans les certificats d'incapacité de travail établis par le Dr H_____, ainsi qu'un rapport non daté de consultation d'oncologie des HUG liée à une masse cervicale au cours du suivi post carcinome épidermoïde. 32. Le 28 novembre 2016, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise bidisciplinaire avec un volet rhumatologique et un volet psychiatrique aux docteurs O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et leur a imparti un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts pressentis et pour se déterminer sur les questions à leur poser. 33. Par courrier du 19 novembre 2016, le recourant a indiqué à la chambre de céans qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des experts. 34. Dans ses déterminations du 25 novembre 2016, l'intimé a soutenu que l'expertise de la clinique Corela répondait à tous les réquisits jurisprudentiels et devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il n'était ainsi pas en mesure de se prononcer sur la légitimité d'une expertise judiciaire, raison pour laquelle il s'opposait à cette mesure. Il n'avait toutefois pas de motif de récusation à l'encontre des experts désignés. Il s'est pour le surplus référé à l'avis du 18 novembre 2016 du SMR, joint à son écriture, dans lequel le Dr M_____ a indiqué qu'il ne comprenait pas la nécessité d'une nouvelle expertise mais qu'il n'avait pas de raison de s'y opposer, en précisant que les experts devaient se prononcer uniquement pour la période antérieure à la décision. Il était possible que l'état de santé du recourant se soit détérioré depuis. 35. Le 28 novembre 2016, la chambre de céans a transmis une copie de ces écritures aux

parties.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.![endif]>![if> 3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.![endif]>![if> 5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).![endif]>![if> 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille

(ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 6. En matière d'expertise, le droit d'être entendu implique notamment le droit de prendre connaissance du rapport de l'expert et de poser des questions complémentaires à ce dernier. L'administration ou le juge peuvent cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsqu'ils parviennent à la conclusion qu'elles ne sont pas décisives pour la solution du litige ou qu'elles ne pourraient les amener à modifier leur opinion (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2009 du 1^{er} juin 2010 consid. 3.2). 7. Il convient d'examiner l'expertise réalisée par les médecins de la clinique Corela à la lumière des exigences dégagées par la jurisprudence. Au plan formel, on relèvera que le rapport contient bien une anamnèse, qu'il relate certaines plaintes du recourant, et que les médecins ont émis certains diagnostics avant de se prononcer sur la capacité de travail. Toutefois, ces divers éléments sont à ce point enchevêtrés qu'il est quasiment impossible de distinguer entre les éléments qui ressortent de la lecture du dossier, les déclarations du recourant sur son historique médical, les plaintes qu'il a spontanément signalées aux experts, celles qui sont relatées dans les rapports médicaux, les explications scientifiques sur certaines atteintes et les constatations des experts. On ignore d'ailleurs quels chapitres ont été rédigés par quels experts. Il semble de plus que l'interniste se soit contenté d'un « avis », par opposition aux consultations réalisées en rhumatologie et en psychiatrie, et n'ait pas procédé à un examen clinique du recourant, ce qui est douteux au vu du mandat confié à la clinique Corela. Le fait de scinder l'expertise par chapitres consacrés aux différents diagnostics – même ceux qui ne sont pas retenus – conduit en outre à d'innombrables redites et permet de douter de la capacité des experts à émettre un jugement global sur la capacité de travail du recourant. Au vu des carences de sa structure, de ses redondances et de son manque de clarté, le rapport de la clinique Corela est à la limite de l'intelligibilité, et on peut se demander si ce motif ne justifierait pas déjà en soi de lui dénier toute valeur probante. Cette question peut toutefois rester ouverte dès lors que même s'il fallait admettre que l'expertise satisfait aux exigences formelles, elle présente également d'importantes contradictions et lacunes sur le fond. Il convient par exemple de souligner qu'il est fait état à l'anamnèse que les résultats permettant d'infirmier la présence d'une fièvre méditerranéenne familiale ne sont pas connus, alors que les experts mentionnent plus loin qu'ils sont négatifs. S'il s'agit là d'une contradiction sur un point de détail, elle permet néanmoins de se demander – au vu du manque de synthèse de l'expertise – si tous les médecins intervenant ont eu connaissance du dossier médical, voire si ce sont bien eux qui ont établi et rédigé l'anamnèse. On s'étonne en outre de lire dans ce chapitre que les menaces téléphoniques reçues par le recourant ont entraîné de la peur plutôt qu'une névrose post-traumatique, dès lors qu'il s'agit là d'une appréciation médicale qui n'a pas sa place à ce stade de l'expertise et qui donne une apparence de prévention de la part des experts. En ce qui concerne les plaintes dans la vie quotidienne, elles sont en outre minimisées par les experts, qui font péremptoirement état d'un fonctionnement extrêmement routinier et peu altéré par un processus psychique, sans aucunement motiver cette allégation, qui n'a pas non plus sa place dans une anamnèse. On ne voit d'ailleurs pas en quoi une routine

quotidienne permet d'exclure un diagnostic psychique. S'agissant des atteintes des vertèbres cervicales, les experts se sont écartés des constatations radiologiques en substituant leur lecture des images à celle des radiologues les ayant analysées. Leur opinion n'est toutefois pas suffisamment motivée, et on ignore s'ils se sont adjoint le concours d'un spécialiste en radiologie. Dans la mesure où les experts excluent une irritation radiculaire C5-C6 – et partant le diagnostic de cervicalgies avec irradiation dans le membre supérieur droit – sur la base de leur propre analyse non motivée, ils ne peuvent être suivis. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles induites par l'atteinte aux cervicales, l'experte a déclaré s'écarter de l'opinion du Dr D_____ au motif que celui-ci était psychiatre et sortait ainsi de son champ de compétence. Or, il ne s'agit pas d'un argument en soi suffisant pour nier toute pertinence aux limitations rappelées par le psychiatre du recourant. L'experte a précisé s'écarter également de l'avis du Dr B_____ quant à l'incidence de cette atteinte sur la capacité de travail, au motif qu'il ne s'agissait que d'une protrusion, laquelle ne retrouvait pas de corrélation radio-clinique. Or, comme on l'a vu, les radiologues ont bien trouvé un substrat d'irritation radiculaire et le recourant signale des douleurs.

L'argumentation de la Dresse I_____ tombe ainsi à faux. Enfin, cette experte n'a pas retenu de limitation fonctionnelle sous forme d'impossibilité de fléchir le tronc, au motif qu'une telle restriction toucherait plus le rachis lombaire. Or, le recourant se plaint également du rachis lombaire, et il aurait suffi à la Dresse I_____ de se déterminer sur cette limitation dans le cadre de l'examen des lombalgies rapportées, ce qu'elle a omis de faire. Enfin, en guise d'explication sur la divergence avec l'avis des médecins traitants, s'agissant du caractère non invalidant des pathologies cervicales, l'experte s'est bornée à répéter que ces atteintes n'avaient jamais été incapacitantes. Or, la répétition d'une conclusion ne saurait se substituer à une motivation de cette conclusion. L'experte a également exclu tout diagnostic en lien avec le rachis lombaire. Elle a allégué une discordance sur ce point, notamment s'agissant du périmètre de marche, en soutenant que le recourant faisait état d'une limitation à un kilomètre d'une part et à dix minutes d'autre part. Or, un kilomètre se parcourt en dix minutes de marche à un rythme légèrement soutenu. Il n'y a donc pas de discordance sur ce point. Quant à l'ostéophytose L1-L2 mentionnée par les radiologues, l'experte a nié son existence « à la lecture actuelle des images ». En ce qui concernait l'examen neurologique des membres inférieurs, l'experte a également vu une discordance dans le fait qu'elle constatait une hypoesthésie tacto-algique à gauche, alors que le rapport des HUG la mentionnait à droite. Il peut cependant s'agir là d'une simple erreur de transcription dont on ne saurait se prévaloir pour écarter l'existence de tout trouble en présence d'une déficience objectivement constatée, comme c'est le cas en l'espèce, puisque les réflexes rotuliens sont absents des deux côtés. Dès lors que de tels réflexes relèvent de réactions nerveuses involontaires, il paraît impossible de simuler leur absence. Partant, il est incompréhensible que l'experte ait conclu à la normalité de l'examen neurologique malgré cette anomalie objective. La Dresse I_____ a précisé que les nouvelles radiographies montraient non pas une vraie scoliose du rachis lombaire, mais une attitude scoliotique sinistro-convexe, alors que celle-ci était décrite comme dextro-convexe sur les radiographies de décembre 2007. Elle en a conclu que la lecture actuelle des images n'allait pas dans le sens des différentes conclusions. Cependant, même si l'attitude était sinistro-convexe et non dextro-convexe, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une constatation objective dont l'incidence éventuelle devait être exposée de manière motivée. Les conclusions de l'experte sont par ailleurs incompréhensibles et contradictoires, puisqu'elle a indiqué que l'attitude scoliotique n'était pas retrouvée alors qu'elle l'a admise

quelques lignes plus haut. Elle a par ailleurs signalé des éléments de majoration, sans toutefois exposer en quoi ils consistaient. Sur ce point, l'expertise est incomplète. S'agissant des conclusions sur l'absence d'incapacité de travail en lien avec le rachis lombaire, l'experte a affirmé que la baisse de rendement admise par le Dr G _____ n'avait pas d'explications. Or, comme on l'a vu, elle a exclu certaines constatations radiologiques – qui pourraient expliquer les douleurs du recourant – d'une manière qui ne résiste pas à l'examen, de sorte qu'elle ne saurait être suivie. L'expertise indique en outre que le diabète pourrait expliquer la possible neuropathie des membres inférieurs. L'évocation de cette dernière atteinte est pour le moins contradictoire, dès lors que le bilan neurologique des membres inférieurs a été qualifié de normal. Les experts ont par la suite exclu toute limitation ou incapacité de travail en lien avec les céphalées. Or, ils ont mentionné un diagnostic de discrète hyperplasie intinale non spécifique. Dans le cadre du rapport d'expertise, il était indispensable d'exposer la nature de cette atteinte ainsi que ses possibles répercussions sur la capacité de travail – en précisant cas échéant pour quels motifs les céphalées du recourant ne pouvaient lui être imputées. Sur le plan psychiatrique, la chambre de céans relève d'abord que le rapport ne contient pratiquement aucune indication sur le status clinique, ce qui ne manque pas de surprendre compte tenu du volume important du rapport d'expertise. L'expert psychiatre a notamment exclu les diagnostics « pseudo-dépressifs » et anxieux posés par les médecins, au motif que les examens cliniques étaient assez sommaires et, partant, peu convaincants. Or, les rapports des médecins traitants n'ont pas été établis à des fins d'expertise. Cela explique que leurs auteurs n'aient pas relaté de manière détaillée les status cliniques auxquels ils ont procédé, mais ne suffit pas à considérer que ces examens cliniques étaient incomplets et que les diagnostics qu'ils fondent sont erronés. Il était du reste loisible au Dr K _____ de contacter les psychiatres traitants pour obtenir de plus amples informations s'il considérait leurs rapports incomplets. Par ailleurs, l'expert psychiatre semble s'être attaché à poser des diagnostics en fonction des éléments rapportés dans les rapports médicaux du dossier plutôt qu'en se fondant sur ses propres observations, dérogeant ainsi à la mission qui lui a été confiée. Dans la mesure où le Dr K _____ exclut tout diagnostic psychiatrique, il est en outre incompréhensible qu'une personnalité à traits narcissiques soit signalée dans la synthèse, alors qu'aucun élément diagnostique ne figure dans l'examen clinique. Les chapitres consacrés aux troubles psychiques ne sont pour le surplus pas non plus exempts de contradictions. Ainsi, le Dr K _____ indique que le recourant semble avoir des troubles de la mémoire lors de l'examen, alors qu'il a exclu des troubles cognitifs. En outre, le sommeil est qualifié de « très bon » alors que dans les plaintes, des troubles du sommeil – certes en voie d'amélioration – sont évoqués. Par ailleurs, l'expert psychiatre relativise toutes les plaintes du recourant, soutenant notamment qu'elles ont un caractère « fourre-tout » et ne sont pas imputables à un trouble psychique. Une telle allégation, qui n'est étayée par aucune argumentation médicale, est dépourvue de toute valeur scientifique. S'agissant de la pauvreté de la vie sociale du recourant, l'expert la conteste au motif qu'il fréquente le tea-room de son épouse, qu'il voit deux à trois fois par année sa famille en Suisse, et a rendu visite à sa famille en Turquie trois ans auparavant. Or, on ne peut pas sérieusement considérer que des contacts familiaux biannuels, voire triannuels, sont indicateurs d'une vie sociale non altérée. L'expert nie également toute valeur au score de l'auto-questionnaire de Beck, dont il affirme qu'il contraste avec la réalité clinique. À défaut de description de cette réalité clinique, on ne saurait se rallier sans autre à cette conclusion. Le rapport du Dr K _____ comporte de surcroît de nombreuses remarques sur le manque allégué de

motivation du recourant et ses tendances revendicatrices. Dès lors que l'expert n'expose pas quels sont les éléments qui lui permettent de parvenir à une telle conclusion, cette affirmation apparaît comme un jugement de valeur. Or, il sied de rappeler qu'on peut et on doit attendre d'un expert médecin qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos, nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1). S'agissant des critères permettant de reconnaître le caractère incapacitant d'un trouble somatoforme douloureux, la chambre de céans rappellera que le Tribunal fédéral les a revus dans un récent arrêt. Selon la nouvelle jurisprudence, il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères pris en compte par le Dr K_____, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.6). Enfin, l'expert psychiatre ne s'est pas prononcé sur le diagnostic d'état de stress post-traumatique, alors même qu'il a considéré que l'incarcération et la torture étaient relatées de manière authentique. Sur ce point également, son rapport s'avère lacunaire. Eu égard à ces éléments, l'expertise de la clinique Corela ne saurait se voir reconnaître valeur probante. La chambre de céans ne disposant pas des éléments lui permettant de statuer sur les prétentions du recourant au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales, elle n'a d'autre choix que de mettre en oeuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire. Elle sera confiée aux Drs O_____ et P_____, à l'encontre desquels les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation. S'agissant de la précision requise par le Dr M_____, tendant à limiter la mission des experts à l'examen de la capacité de travail jusqu'à la décision dont est recours, elle est inutile dès lors que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision est rendue (arrêt du Tribunal fédéral 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de Monsieur A_____.
2. Commet à ces fins les docteurs P_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et O_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant ;
 - c) examiner et entendre le recourant, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis de d'autres spécialistes;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée (familiale, personnelle, professionnelle et médicale).
 2. Plaintes et données subjectives du recourant.
 3. Status clinique et constatations objectives.

4. Diagnostics selon la classification internationale.!

5. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

7. Les plaintes sont-elles objectivées ?

8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par le recourant).

9. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

10. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

12. Le recourant a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

13. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

14. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

15. Mentionner les limitations fonctionnelles induites par les diagnostics retenus.

16. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent :

a) dans l'activité habituelle

b) dans une activité adaptée.

17. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.

18. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

19. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

20. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

21. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

22. Formuler un pronostic global.

23. Toute remarque utile et proposition des experts.

5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :

a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motivez votre position.

d) De quelles ressources mobilisables le recourant dispose-t-il ?

e) Quel est le contexte social ? Le recourant peut-il compter sur le soutien de ses proches ?

f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée

à une incapacité du recourant à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement du recourant vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? 6. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.![endif]>![if> 7. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.![endif]>![if> 8. Réserve le fond.![endif]>![if> La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDÉ Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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