



---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1989 dans le canton de Genève, de nationalité suisse, a bénéficié d'un traitement de logopédie individuel, pris en charge par l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé), du 5 octobre 1994 au 30 septembre 1995 (cf. communication de l'OAI du 14 juin 1995), en raison d'une dysphasie apparue vers l'âge de 3 ans, rendant son expression difficilement compréhensible et le freinant dans ses acquisitions, notamment dans son intégration scolaire (cf. rapport du Centre d'examen du 13 janvier 1995). Cette mesure a été renouvelée du 17 décembre 2002 au 30 juin 2004 (cf. décision du 16 juin 2003), un trouble de l'articulation ayant subsisté.
2. Du 28 août 2006 au 31 juillet 2009, l'assuré a effectué un apprentissage auprès de B\_\_\_\_\_ SA, au terme duquel il a obtenu, le 1<sup>er</sup> octobre 2009, le certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce. Le 14 juin 2010, il a rejoint la société C\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur) à plein temps, en qualité d'employé de commerce (« trust assistant »), affecté à des tâches administratives, pour un revenu annuel de CHF 70'000.-, augmenté à CHF 71'053.- dès le 1<sup>er</sup> février 2011, treizième salaire non inclus (cf. contrat de travail du 31 mai 2010, avenant au contrat de travail du 27 janvier 2011).

Le certificat de travail de l'entreprise B\_\_\_\_\_ du 31 juillet 2009 indique notamment que la performance de l'assuré était bonne à tous les égards. Il était responsable et motivé. Grâce à sa personnalité agréable, il avait toujours eu d'excellentes relations tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la société.

3. Durant ses rapports de travail, l'assuré a présenté plusieurs arrêts de travail pour cause de maladie. La doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, a attesté la première incapacité de travail (partielle) du 10 août au 14 décembre 2010.
4. Le 15 décembre 2010, l'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale en vue de la stabilisation de l'épaule droite, réalisée par le Docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'assuré a présenté une incapacité totale de travail à compter du 14 décembre 2010 jusqu'au 31 janvier 2011, puis partielle du 1<sup>er</sup> au 20 février 2011 [cf. rapports du Dr E\_\_\_\_\_ des 3 et 31 janvier 2011]).

La lettre de sortie du 5 janvier 2011 mentionne, à titre de diagnostic principal, une luxation antéro-interne de l'épaule droite. L'assuré présentait une épaule instable sans avoir jamais eu d'épisode de luxation. Il était quotidiennement gêné par les douleurs et prenait régulièrement des antalgiques. Il avait suivi de nombreuses séances de physiothérapie sans bénéfice. Les suites post-opératoires étaient favorables. L'assuré restait afebrile et la cicatrice chirurgicale calme. Il bénéficiait d'un gilet orthopédique pour une durée de trois semaines avec seulement la

mobilisation du coude et du poignet autorisée. Au vu de l'évolution radio-clinique favorable, l'assuré a regagné son domicile le 17 décembre 2010.

5. Du 7 mars 2011 au 5 avril 2011, la Dre D\_\_\_\_\_ a certifié une incapacité de travail partielle, puis totale du 6 au 30 avril 2011, date de la fin des rapports de travail, suite à la démission de l'assuré (cf. questionnaire pour l'employeur du 26 septembre 2011, rapport d'évaluation de l'OAI du 25 août 2011).

Le cas a été pris en charge par l'assurance-maladie Swica (ci-après : l'assureur), laquelle a versé à l'assuré des indemnités journalières pour perte de gain durant les périodes d'incapacité de travail jusqu'au 8 août 2012 (cf. courrier de l'assureur des 6 juin 2011 et 23 juillet 2012).

6. Dans son rapport du 11 mai 2011, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, a noté que l'assuré présentait depuis 2003 des douleurs progressives au niveau de l'épaule droite, dans un contexte de pratique intensive du tennis. Les douleurs s'étaient progressivement étendues au rachis. L'assuré décrivait des douleurs dans toute la colonne, de distribution axiale avec irradiation au niveau de la nuque et de la base du crâne, de la ceinture scapulaire, du membre inférieur droit, ainsi que des troubles du sommeil et une fatigue importante. Il avait, en raison d'une hyperlaxité symptomatique de l'épaule droite, eu une stabilisation chirurgicale en 2011 (recte : 2010), sans grand effet sur la symptomatologie douloureuse. Il avait subi de nombreux examens complémentaires, toujours dans la limite de la norme, qui ne permettaient pas d'expliquer de façon manifeste la symptomatologie présentée par l'assuré. Le médecin avait expliqué à ce dernier qu'il n'avait pas de proposition d'antalgie interventionnelle à lui offrir. Il l'avait mis en garde contre les risques liés aux abus médicamenteux, notamment de benzodiazépines.
7. Le 8 juin 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant des « douleurs chroniques persistantes depuis sept-huit ans, douleurs à la nuque – jonction/ épaule (nerfs qui se coincent très souvent) les deux parois du dos, le bassin et le coccyx se démettent également très souvent créant ainsi des douleurs aux jambes dû au déséquilibre ».
8. Dans son courrier du 14 juin 2011 adressé à l'assureur, la Dre D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré la consultait depuis 2002, se plaignant de douleurs chroniques de l'épaule droite. L'arthro-imagerie par résonance magnétique (IRM) du 4 mai 2005 n'avait pas montré de déformation de la tête humérale, mais un aspect déformé de bourrelet glénoïdien, traduisant un status après déchirure. La rééducation de renforcement isocinétique avait été inefficace. L'IRM réalisée le 6 mai 2010 mettait en évidence un conflit sous acromial et une bursite, ainsi qu'une ancienne fracture de Hill-Sachs, sans lésion associée du labrum ou du rebord ostéocartilagineux. Le 15 décembre 2010, l'assuré avait bénéficié d'une intervention chirurgicale en vue de la stabilisation de l'épaule droite. Il présentait une hyperlaxité et des douleurs ostéo-articulaires diffuses. Les divers examens effectués n'avaient pas amené

d'explications à ses douleurs. Conseil lui avait alors été donné de consulter un psychiatre. Pour soulager ses douleurs, il avait tendance à abuser de benzodiazépines.

La Dre D\_\_\_\_\_ a notamment joint les documents suivants :

- le rapport du 6 mai 2010 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, relatif à la radiographie du rachis, relevant une discrète scoliose dorsale en « S » associée à une courbure cervicale à convexité gauche et une inversion en lordose du rachis cervical bas. Les vertèbres étaient de hauteur et de morphologie normales tant à l'étage cervical que dorsal et lombaire, sans anomalie de structure. Aucune anomalie de transition dorso-lombaire ou lombo-sacrée n'était décelée, ni de discopathie significative, ni de remodelage significatif des articulations sacro-iliaques ;
  - le rapport du 7 mai 2010 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, indiquant qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une déchirure de la coiffe des rotateurs ; et
  - le rapport du 21 mai 2010 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mentionnant que l'assuré souffrait depuis 2002-2003 de douleurs de l'épaule droite, sans notion de traumatisme. Il avait dû stopper la pratique du tennis à haut niveau en raison de ses douleurs, lesquelles pouvaient monter jusqu'à 9/10. L'assuré avait mal lorsqu'il portait des objets, se brossait les dents ou pratiquait du fitness. À l'examen clinique, il n'y avait pas d'amyotrophie de la ceinture scapulaire. Il s'agissait d'une instabilité chronique douloureuse de l'épaule droite, dans un contexte d'hyperlaxité, avec échec du traitement conservateur, chez un patient droitier.
9. Par courrier du 23 juin 2011, Madame J\_\_\_\_\_, logopédiste, a fait savoir à l'OAI que l'assuré ne présentait plus de trouble d'articulation.
10. Dans son rapport du 14 juillet 2011, la Dre D\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : luxation récidivante à l'épaule droite, stabilisation de l'épaule droite depuis le 15 décembre 2010, et douleurs diffuses musculo-squelettiques depuis 2002. Sous l'anamnèse, la praticienne a mentionné : « douleurs épaule droite sur instabilité, hyperlaxité ligamentaire ». L'assuré manifestait des douleurs diffuses musculaires et rachidiennes, sans substrat clinique. Le pronostic était bon. Un sevrage médicamenteux était programmé sur le plan psychiatrique. S'agissant du taux d'incapacité de travail et de l'activité exigible, elle a proposé de s'adresser au psychiatre traitant. La reprise d'une activité professionnelle, respectivement l'amélioration de la capacité de travail était envisageable après le traitement psychiatrique. Cela étant, l'assuré, exerçant une activité informatique, ne présentait pas de restriction physique, hormis le port de charges limité à 10 kg au maximum occasionnellement, en raison des douleurs post-opératoires de l'épaule droite.

11. Dans son rapport du 10 août 2011, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble psychiatrique, depuis 2004. À titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a retenu une atteinte de l'épaule droite, depuis 2003. Le traitement actuel consistait en la prise d'anxiolytiques et de Temesta. L'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les activités uniquement en position assise ou debout, celles exercées principalement en marchant sur un terrain irrégulier, et le travail avec les bras au-dessus de la tête. Ces indications étaient toutefois valables entre 2004 et 2006. S'agissant de la capacité de travail et de la reprise d'une activité professionnelle, le médecin a proposé de s'enquérir auprès du psychiatre traitant et de la Dre D\_\_\_\_\_.
12. Lors d'un entretien avec l'OAI le 25 août 2011, l'assuré a déclaré qu'il avait toujours eu de bonnes relations avec son employeur, et que si son état de santé s'améliorait, celui-ci pourrait étudier sa candidature à nouveau. Il avait peur pour son avenir. Il était désorienté ; il désirait guérir de son atteinte, qu'il ne maîtrisait pas. Il appréciait son domaine d'activité, mais reconnaissait qu'il devrait probablement évoluer dans un cadre moins stressant. Il suivait une psychothérapie deux fois par semaine, prenait des médicaments, et un sevrage était prévu. Le gestionnaire du dossier a, sur cette base, noté que l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé, il était prématuré de lui proposer des mesures en intervention précoce (cf. rapport d'évaluation de l'OAI du 25 août 2011).
13. Dans son rapport du 28 août 2011, la docteure L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de phobie sociale (F 40.1), d'anxiété généralisée (F 41.1) et de trouble somatoforme persistant (F 45.4), depuis 2006. Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était la dépendance aux benzodiazépines (F 13) depuis 2009. L'assuré la consultait depuis le 4 mai 2011. Le médecin a spécifié que l'assuré lui avait été adressé par un confrère dans un contexte de chronicisation des douleurs, avec consommation de plus en plus importante de benzodiazépines, ce qui avait impacté son travail, qu'il n'arrivait plus à assumer depuis plusieurs mois. Tous les signes d'une anxiété généralisée étaient présents, soit une anxiété flottante, des tensions musculaires, des palpitations, un étourdissement, il se faisait du souci, et attendait des malheurs divers. Il existait également une phobie sociale (crainte d'être exposé à l'observation attentive d'autrui, rougissements, baisse de l'estime personnelle). Les symptômes étaient mis en évidence par un interrogatoire attentif chez l'assuré très introverti. La présence de ces troubles, qui se surajoutaient au trouble douloureux persistant, rendait ce dernier actuellement incapacitant. Comme les troubles évoluaient sans amélioration depuis plusieurs années, il existait un état dépressif réactionnel, actuellement d'intensité moyenne. L'assuré allait prochainement suivre un sevrage des benzodiazépines, à la suite duquel une médication anxiolytique et antalgique (Lyrica), voire antidépressive serait introduite, ainsi qu'une psychothérapie individuelle. L'incapacité de travail était

totale depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011. En raison des anxiétés diverses, des tensions musculaires et des douleurs chroniques, il rencontrait des difficultés à rester « performant », et avait de la peine à assumer des relations interpersonnelles. L'activité exercée n'était actuellement pas exigible. Un traitement « ad hoc » des troubles anxieux devait être proposé, qui durerait de quelques mois à une année. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, était envisageable à 50%, mais pas avant un intervalle de six à neuf mois. Depuis qu'il avait présenté une incapacité de travail partielle, les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées, en raison de la fatigabilité, de la limitation sur le plan relationnel et du stress.

14. Par communication du 13 septembre 2011, l'OAI a annoncé à l'assuré que, compte tenu de son état de santé, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible actuellement.
15. Dans son rapport du 7 décembre 2011, la Dre L\_\_\_\_\_ a noté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Les diagnostics retenus ayant une influence sur la capacité de travail étaient la phobie sociale, le trouble anxieux généralisé et l'état dépressif moyen. Le sevrage des benzodiazépines avait beaucoup avancé. Une thérapie comportementale était en cours, et l'assuré prenait des médicaments. Les limitations fonctionnelles étaient l'anxiété dans les relations, la fatigue, la tension constante et le trouble de l'attention et de la mémoire. La capacité de travail était nulle dans toute activité. Une reprise de travail était probablement possible au courant de printemps 2011 (recte : 2012) ; la thérapie comportementale devait au préalable porter ses fruits.
16. Dans son rapport du 20 juin 2012, la Dre L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis le début de l'arrêt de travail total le 2 mai 2010 (recte : le 1<sup>er</sup> mai 2011). Outre les diagnostics posés dans son rapport précédent, la praticienne a ajouté le syndrome douloureux somatoforme persistant. Le patient était sevré des benzodiazépines. La médication était large (Lyrica, Seroquel, Zoloft), et le pronostic actuel médiocre. L'assuré rencontrait des difficultés à sortir de la maison. Il manifestait des tendances persécutives. L'incapacité de travail totale dans toute activité perdurait. L'examen clinique était plus préoccupant que les plaintes. De nouvelles investigations devaient être proposées, en raison d'un éventuel trouble psychotique débutant.
17. Dans son avis du 17 janvier 2013, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a proposé de demander un rapport à la Dre L\_\_\_\_\_ afin qu'elle spécifie l'anamnèse psychiatrique détaillée, le status psychiatrique actuel, et le pronostic.
18. Dans son rapport du 13 février 2013, la Dre L\_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Les diagnostics posés étaient identiques à ceux retenus auparavant. Elle avait des entretiens avec lui tous les quinze jours. Il manquait de motivation, l'anxiété était constante, et s'aggravait lorsqu'il sortait de

la maison ou se retrouvait dans la foule. Il avait de la peine à supporter le regard d'autrui. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

Sous l'anamnèse psychiatrique, la doctoresse a expliqué que l'assuré lui avait été adressé par le médecin traitant en avril 2011 alors qu'il présentait des douleurs diffuses sans réel substrat somatique. Dès leur première rencontre, il s'avérait que l'assuré remplissait tous les critères pour la présence d'une phobie sociale ; il craignait d'être exposé à l'observation attentive d'autrui, dans des groupes relativement restreints avec évitement des situations sociales. Sortir de la maison exigeait un effort important. Chaque confrontation au regard des autres, y compris des inconnus, lui générait un sentiment d'inconfort et tendait à augmenter les douleurs. Il était confronté à une tension musculaire constante. Il présentait également une anxiété généralisée ; il se faisait du souci pour toutes les tâches de la vie, même minimes, avec anticipation négative, ce qui l'amenait à être rapidement fatigué et sans énergie. Les troubles douloureux avaient commencé vers l'adolescence, après la survenue de blessures diverses ayant mené à l'arrêt du tennis qu'il pratiquait à relativement haut niveau. Parallèlement, il avait pris une vingtaine de centimètres en hauteur, en l'espace d'une année environ, ce qui l'avait particulièrement rendu visible et exposé aux commentaires d'autrui. Progressivement étaient apparues des humeurs abattues et moroses, des anxiétés, puis avec la persistance des troubles, des insomnies rebelles, des idées suicidaires, ce qui témoignait d'un tableau d'état dépressif moyen. Il cachait sa souffrance. Vers l'âge de 20-21 ans, il était devenu progressivement dépendant aux benzodiazépines, médicaments qui le soulageaient de ses symptômes anxieux et douloureux. La prise en charge initiale avait consisté en un sevrage desdits médicaments, réalisé à l'hôpital, et en l'introduction d'une médication à visée antidépressive, antalgique et anxiolytique. Le traitement antidépresseur de Cipralax, puis de Zoloft n'avait pas permis d'éradiquer l'état dépressif. Le Lyrica et le Seroquel, à l'origine d'une sédation trop importante, d'une aboulie et de difficultés de plus en plus grandes à mener les tâches de la vie quotidienne, avaient dû être interrompus. Une 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. Il avait une énorme difficulté à assumer les petites tâches de la vie quotidienne, telles que sortir la poubelle, et son rythme nyctéméral se dégradait de plus en plus, tendant vers l'inversion. Au vu de cet échec, l'assuré avait été adressé au programme Jade aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), prenant en charge les jeunes adultes à trouble psychique débutant. La docteure avait un doute quant à un aspect psychotique, se demandant si les symptômes de dépression ne relevaient pas plutôt d'une schizophrénie, le patient ayant un oncle schizophrène. L'observation régulière de l'assuré avait toutefois permis de lever ce doute de manière raisonnable, et non pas absolue. Il restait difficile d'accès pour un travail psychothérapeutique plus approfondi, se retranchant derrière ses douleurs et ses angoisses. Le traitement psychotrope n'avait pas encore permis d'obtenir une amélioration marquée de l'humeur, ni une bonne gestion des anxiétés.

Sous le status psychiatrique actuel, la docteure a indiqué que l'assuré tentait toujours de faire bonne figure devant son interlocuteur. Son humeur était en revanche médiocre ; il était souvent triste, avec un taux d'énergie abaissé, avec nécessité de se reposer très fréquemment dans la journée. Ses idées suicidaires étaient toujours présentes et fluctuantes. Il avait perdu 8 kg au cours des six derniers mois. Les difficultés à faire face au regard d'autrui étaient toujours présentes, et il lui était arrivé de se cacher du regard de la Dre L\_\_\_\_\_ en mettant sa main sur ses yeux durant les consultations, sans se rendre compte de son geste. Il parlait peu, ne sachant plus quoi dire au sujet de ses douleurs et de ses souffrances intérieures. Son focus mental était rétréci autour de ses problématiques actuelles. Les douleurs étaient toujours présentes à la nuque, aux épaules, notamment droite, au dos, et au bas du dos, malgré un massage régulier.

Enfin, le pronostic était sombre au vu de ses affections psychiques. L'évolution était lente, comme en témoignait la lenteur des minimes améliorations obtenues dans la prise en charge actuelle.

19. Dans son rapport du 31 juillet 2013, la Dre L\_\_\_\_\_ a noté que l'état de santé de l'assuré demeurait stationnaire. Les diagnostics étaient identiques à ceux retenus dans le précédent rapport. Il y avait une légère et discrète amélioration des douleurs depuis environ juin. L'assuré poursuivait le traitement médicamenteux (Cymbalta, Remeron, Temesta), et avait fait une rechute sur les benzodiazépines. La capacité de travail était de 25% dans toute activité. La reprise d'un travail était souhaitable, mais il était très difficile de se prononcer à ce sujet. L'assuré devait passer par un réentraînement au travail.

La praticienne a joint les documents suivants :

- le résumé de séjour des HUG du 28 octobre 2011 relatif à l'hospitalisation de l'assuré du 31 août au 27 septembre 2011 pour un sevrage de benzodiazépines et l'introduction d'un traitement anxiolytique. Le diagnostic posé à titre principal était un trouble mental et un trouble du comportement sur sédatifs ou hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 13.25). À titre d'autres diagnostics figuraient l'épisode dépressif moyen (F 32.1), des phobies sociales (F 40.1), ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). L'assuré se plaignait de douleurs chroniques mal systématisées au niveau de la nuque, l'épaule, le dos et les lombaires, irradiant dans les jambes, depuis 2003, lesquelles n'avaient pas diminué, en dépit de médicaments et d'autres méthodes, tels que opiacés ou acupuncture. Il avait arrêté de travailler afin de « se concentrer sur son problème de santé et trouver une solution ». La consommation de benzodiazépines avait commencé depuis un an et demi, pour faire face aux douleurs avec un bon effet au départ, mais sans effet antalgique par la suite. Le status à l'entrée indiquait qu'il était orienté aux quatre modes, l'attention et la concentration étaient conservées. Il décrivait des troubles du sommeil à cause de pensées anxieuses. Le discours était fluide, cohérent et informatif, la pensée structurée. Il avait quelques traits de personnalité



obsessionnelle-compulsive. Il n'y avait pas d'idéation suicidaire, ni d'éléments de la lignée psychotique. L'évolution pendant son séjour avait été favorable. La dose initiale d'Anxiolit à 225 mg avait été diminuée à 15 mg par jour. Les derniers jours de diminution du traitement avaient toutefois été assez difficiles, de sorte qu'en accord avec la Dre L\_\_\_\_\_, il avait été convenu de ne pas effectuer un sevrage complet. Durant son séjour, l'assuré s'était montré collaborant, et avait bien participé aux groupes thérapeutiques proposés. Il avait développé de bonnes relations sociales avec les autres patients, mais avait toujours été réservé dans le contact. Il avait pu exprimer son inquiétude vis-à-vis du regard des autres et les stratégies d'évitement qu'il avait déjà mises en place pour confronter ses craintes d'être critiqué et de rougir. Il s'était montré souriant, mais avait exprimé une tristesse et des angoisses par rapport à ses douleurs chroniques qu'il ne pouvait soigner avec aucune méthode ;

- la lettre de sortie des HUG du 30 décembre 2011 relatif à l'hospitalisation de l'assuré du 13 au 20 décembre 2011 pour une évaluation thymique et une adaptation du traitement anxiolytique dans un contexte de recrudescence d'une symptomatologie anxio-dépressive. Le diagnostic posé à titre principal était un trouble mental et un trouble du comportement sur sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, actuellement abstiné (F 13.20). À titre d'autres diagnostics figuraient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), des phobies sociales (F 40.1), ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). L'assuré était connu pour une symptomatologie douloureuse chronique avec des douleurs principalement au niveau de la nuque, de l'épaule droite, du dos et des lombaires. Les traitements essayés (AINS, opiacés, acupuncture, physiothérapie) avaient été inefficaces sur les douleurs. L'assuré était également connu pour une anxiété généralisée et une phobie sociale pour laquelle il suivait actuellement une thérapie cognitivo-comportementale auprès d'une psychologue. Il présentait une baisse de la thymie et une augmentation de son anxiété en lien avec les douleurs chroniques. Il n'avait pas augmenté sa consommation de benzodiazépines depuis la dernière hospitalisation. Le status à l'entrée mentionnait que son discours était clair, cohérent et informatif sans éléments délirants ni désorganisation. La thymie était triste avec troubles du sommeil (difficulté d'endormissement) et inappétence sans perte de poids récente. Il manifestait une préoccupation anxieuse importante quant à son avenir, sans idées suicidaires, ni symptômes psychotiques. Il était demeuré stable durant son séjour. Il se montrait plutôt en retrait, ayant peu de plaintes spontanées. Il mettait en avant ses troubles du sommeil, ce qui participait à augmenter son anxiété et ses douleurs. Il était satisfait de sa semaine d'hospitalisation, qui lui avait permis de se reposer et d'améliorer sa thymie. Il allait poursuivre les soins en ambulatoire avec ses psychothérapeutes ; et

- un échange de courriels des 16 et 20 décembre 2012 entre la Dre L\_\_\_\_\_ et la docteure M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, du programme Jade aux HUG, dans lequel cette dernière indiquait que le bilan n'avait pas mis en évidence d'argument en faveur d'un trouble psychotique débutant. Les éléments dépressifs étaient au premier plan, ainsi que le trouble somatoforme. L'assuré avait été intégré dans le programme groupal, auquel il avait participé activement, même s'il gardait un discours très réservé et pessimiste quant à la possibilité d'une amélioration. Une anticipation d'échec était constante. Dans son courriel, la Dre L\_\_\_\_\_ a répondu qu'elle remettrait l'aspect dépressif en question, se demandant s'il n'existait pas des symptômes déficitaires, l'assuré ayant assez peu répondu aux anti-dépresseurs.
20. Par avis du 28 octobre 2013, le SMR a proposé une expertise pluridisciplinaire, comportant les volets rhumatologique, orthopédique et psychiatrique, qui serait confiée à un centre de type COMAI, afin de préciser les diagnostics, les limitations fonctionnelles, ainsi que la capacité de travail résiduelle. En complément aux questions habituelles lors d'une expertise, il convenait également d'examiner l'assuré sous l'angle d'un trouble somatoforme douloureux.
21. Par communication du 21 novembre 2013, l'OAI a signalé à l'assuré la mise en œuvre d'une telle expertise, et invité celui-ci à lui adresser d'éventuelles questions complémentaires qu'il souhaiterait poser aux experts dans un délai de dix jours.
22. Le 1<sup>er</sup> octobre 2014, l'assuré a été mis au bénéfice des prestations de l'Hospice général (cf. courrier de l'Hospice général du 20 novembre 2014).
23. Par courriel du 21 juillet 2015, SuisseMED@P a avisé l'OAI de l'attribution du mandat d'expertise à la clinique Corela SA, ce dont l'assuré a été informé par communication du 20 août 2015.
24. L'assuré a été examiné les 15 et 29 septembre, ainsi que le 13 octobre 2015 sous les angles respectivement orthopédique, rhumatologique et psychiatrique. Le rapport du 9 mai 2016, signé par les docteurs N\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique du membre supérieur, O\_\_\_\_\_, rhumatologue, P\_\_\_\_\_, psychiatre, et Q\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, repose sur l'anamnèse, le dossier, et les plaintes de l'assuré.

Sous l'anamnèse, les experts ont noté que l'assuré avait travaillé au sein de R\_\_\_\_\_ SA à plein temps dans le cadre d'un contrat de durée déterminée du 19 janvier au 31 juillet 2015 en qualité d'assistant administratif, travail qu'il effectuait en position assise, posté à un bureau. Dans le cadre de son précédent emploi auprès de l'employeur avant son arrêt de travail prolongé, en tant que « trust assistant », il était également constamment en position assise, devant l'ordinateur. Il avait décrit un stress lié à une charge de travail conséquente dans cette activité-ci, notamment dû au fait qu'il devait travailler en anglais. La charge de travail était toutefois bien compensée par une très bonne ambiance générale. Au sein de l'étude d'avocats, la charge de travail était assez importante, mais l'activité était beaucoup

moins stressante, car elle s'effectuait en français. Il relatait une bonne ambiance dynamique avec ses collègues jeunes, du même âge que lui. Le cadre de travail était favorable ; il ne s'agissait pas d'un open space, et son bureau était disposé de telle sorte que personne ne pouvait passer derrière lui (p. 17). L'assuré a déclaré souhaiter exercer une activité à temps partiel en raison de ses douleurs, et pouvoir bénéficier de l'AI pour le surplus. Il était inquiet, ne sachant pas s'il allait trouver un emploi à ce taux-ci. L'assuré ne rapportait pas de troubles de l'équilibre, ni de céphalées, ni de douleurs oculaires (p. 22). Il avait pratiqué du tennis de manière assidue, y compris en section compétition, mais avait dû arrêter suite à l'apparition des douleurs, notamment à l'épaule droite à compter de l'âge de 14 ans. Actuellement, sur les conseils de la Dre L\_\_\_\_\_, il faisait du fitness à but thérapeutique pour se muscler le bas du corps. Les douleurs ayant perduré, une démarche psychiatrique avait été préconisée.

S'agissant des « plaintes et efforts dans la vie quotidienne », l'assuré rapportait des douleurs musculaires de type tensions permanentes au niveau du bras et de l'épaule à droite, l'empêchant de se brosser les dents correctement. Il utilisait son attelle de la main gauche, lorsqu'il sentait sa main droite fatiguée. Il ressentait une fatigue et des douleurs musculaires au moindre mouvement, notamment lors du ménage ou de la préparation des repas. Il nécessitait une grande énergie pour lutter contre la fatigue et la douleur. Il vivait chez ses parents, et participait rarement aux tâches ménagères. Il aidait toutefois davantage qu'auparavant. Il pouvait par exemple passer l'aspirateur, malgré la survenue des douleurs, faire la lessive et les courses. Il ne cuisinait pas et mangeait peu. Il était occupé par ses rendez-vous médicaux environ tous les deux jours (p. 32). Il n'avait jamais eu beaucoup de contacts sociaux, il appréciait peu côtoyer les personnes de son âge. Entre l'âge de 13 et 21 ans, suite à ses douleurs chroniques, il s'était senti renfermé, ayant peu de liens avec ses camarades de classe. Entre 18 et 23 ans, il sortait souvent le week-end avec une consommation d'éthyle pour soulager ses douleurs. Actuellement, environ une fois par mois, il sortait également le week-end jusqu'à 4h du matin et buvait pour « anesthésier » ses douleurs. Il avait deux amis proches, et gardait régulièrement l'enfant d'une amie plus âgée.

Selon les experts, une altération réelle des relations sociales ne se posait pas, puisque l'assuré continuait à aller au cinéma ou au restaurant et se promenait en ville. Lorsqu'il travaillait, il ne rencontrait pas de problèmes de concentration, en dépit des douleurs. Les douleurs permanentes de l'épaule droite et des côtes flottantes à gauche l'empêchaient de maintenir une activité cérébrale sur une longue période. Il pouvait travailler et lire les actualités sur son ordinateur. Il préférait écrire à l'ordinateur plutôt qu'à la main, l'écriture manuelle étant fatigante (p. 33). Il lui était difficile de maintenir une position assise prolongée, ne pouvant se concentrer sur son ordinateur trop longtemps, en raison de la nécessité de masser son épaule et son bras droits. Il souhaiterait reprendre un travail à 50%, estimant que ce taux-ci était idéal en raison de la fatigue et des douleurs, mais reconnaissait

que le marché actuel de l'emploi exigeait un taux d'occupation supérieur. La dernière activité auprès de l'étude d'avocats à plein temps lui avait procuré « beaucoup plus de tonus », ainsi qu'un rythme dans sa vie, ce qui permettait de retisser un tissu social avec les personnes extérieures. L'ambiance et le cadre de travail étaient favorables et n'avaient pas occasionné une anxiété significative (p. 34).

Le traitement actuel consistait en la prise des médicaments suivants : Effexor (antidépresseur, 150 mg le matin) ; Remeron (antidépresseur, 15 mg le soir) ; Temesta (anxiolytique, 1cp par mois) ; Pentasa (traitement anti-inflammatoire pour des problèmes intestinaux pour une durée de six mois) ; et Asacol (traitement local des maladies inflammatoires chroniques intestinales) (p. 34).

Sous l'angle somatique, au jour de l'expertise, l'assuré rapportait des douleurs permanentes de l'épaule droite, diurnes et nocturnes, augmentant à l'effort. Il signalait également des douleurs au niveau de la côte flottante gauche, avec des sensations de tiraillement, ainsi que des douleurs diffuses avec tension au niveau de la nuque. Les douleurs cervicales n'étaient pas systématisées, et l'horaire de la douleur costale non déterminée. Il sentait son épaule plus stable depuis l'opération du 15 décembre 2010. Il décrivait ses douleurs comme des tensions musculaires le long de la face antérolatérale du bras, augmentant de façon mécanique (aggravées par les mouvements et diminuées par le repos) et non inflammatoires (p. 39). La douleur était cotée 8/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA), mais l'assuré ne prenait pas d'antalgiques de palier I ou II selon l'OMS, indiquant que ce type de médication avait déjà été utilisé mais s'était révélé inefficace. La thérapie actuelle, prescrite par sa psychiatre, était la seule, selon l'assuré, à apporter une certaine amélioration. Les experts ont ainsi relevé une discordance entre les douleurs somatiques rapportées et leur traitement non conventionnel. Il pesait 85 kg (son poids était de 65 kg en 2011) et mesurait 188 cm, soit un Body Mass Index de 24kg/m<sup>2</sup>, témoignant d'une corpulence normale (p. 40). L'observation du thorax et des deux membres supérieurs ne montrait pas d'amyotrophie (p. 41). Les amplitudes étaient symétriques et dans la limite de la normale (p. 42). Le test de Gagey était positif, ce qui témoignait d'une laxité inférieure, par probable laxité du ligament gléno-huméral inférieur et/ou de la capsule inférieure. La manœuvre à la recherche d'une subluxation était discrètement positive. Cependant, aucune instabilité à l'armée du bras n'était observée, hormis des craquements symétriques bilatéraux (p. 44).

Les experts ont conclu à une laxité capsulo-ligamentaire inférieure de l'humérus. Il n'y avait pas d'hyperlaxité par hyperrotation externe. Les testings de conflit sous-acromial et de la coiffe des rotateurs étaient normaux (p. 45). L'IRM préopératoire de 2010 mettait en évidence des stigmates osseux d'instabilité de l'épaule droite, avec une fracture-enfoncement de Hill-Sachs postéro-supérieure qui traduisait objectivement une instabilité. La bursite sous-acromiale était extrêmement discrète et sans lésion de coiffe associée (p. 48). L'opération du 15 décembre 2010 avait été

---

efficace sur l'instabilité, mais pas sur la douleur. L'examen clinique retrouvait une certaine laxité gléno-humérale inférieure, mais sans instabilité, ce qui confirmait l'existence d'une atteinte touchant au moins le ligament gléno-huméral inférieur et la capsule inférieure ; si le test de Gagey était positif, elle n'avait pas de valeur en l'absence d'instabilité à l'armée du bras. Les tests évaluant la coiffe des rotateurs n'étaient pas positifs, écartant toute participation d'une récurrence de bursite au maintien des douleurs. Les experts ont conclu qu'il s'agissait d'une instabilité chronique de l'épaule droite, par déchirure du bourrelet glénoïdien et rupture du ligament gléno-huméral inférieur. L'évolution actuelle était en status post, avec un état clinique considéré comme favorable en ce qui concernait cette instabilité (p. 51). Les algies invoquées depuis l'opération n'étaient pas systématisées ni spécifiques. Elles n'étaient pas liées à une instabilité résiduelle et ne correspondaient à aucune pathologie spécifique de l'épaule. Elles ne s'étaient pas améliorées par les thérapeutiques habituelles (antidouleurs, anti-inflammatoires, repos). Leur origine n'était certainement pas ostéo-articulaire, ce qui expliquait leur présence constante malgré les traitements adaptés (p. 52). Les lésions (déchirure du bourrelet glénoïdien et rupture du ligament gléno-huméral inférieur) pouvaient être considérées comme stabilisées ; la première visualisée sur l'arthro-IRM de mai 2005 n'était plus retrouvée lors de l'arthro-IRM de 2010, faisant supposer une cicatrisation entre-temps. Quant à la deuxième lésion, elle avait été réparée lors de la chirurgie du 15 décembre 2010 (p. 55). L'évolution sur le strict plan clinique était favorable, car l'examen témoignait d'une très grande diminution de l'instabilité. Le seul signe retrouvé était la persistance d'une laxité inférieure, mais sans traduction d'un point de vue fonctionnel (p. 56).

La déchirure du bourrelet glénoïdien n'avait jamais été à l'origine de limitations tant auparavant qu'actuellement. Les limitations étaient totales du 14 décembre 2010 au 31 janvier 2011, en raison de l'instabilité par rupture complète du ligament gléno-huméral inférieur, qui avait été opérée. Du 1<sup>er</sup> au 20 février 2011, les limitations fonctionnelles concernaient le travail du membre supérieur droit au-dessus de la ligne des épaules, requis lors des rangements. Il en allait de même pour le port de charges lourdes, ainsi que les mouvements de traction avec le bras droit, lesquels n'étaient toutefois pas retrouvés dans son métier. La laxité inférieure constatée à l'examen clinique n'engendrait aucune répercussion fonctionnelle. Au-delà du 21 février 2011, aucune limitation ne pouvait plus être retenue, le diagnostic étant en status post. La limitation pour le port de charges et le travail avec les bras au-dessus de la tête, mentionnée dans les rapports des médecins traitants, ne pouvait plus être mise en lien avec des problèmes ostéo-articulaires de l'épaule droite. Les plaintes alléguées lors des activités de la vie quotidienne (brossage des dents, travaux de ménage, préparation des repas, activité cérébrale sur une longue durée) n'étaient pas non plus en rapport avec une étiologie lésionnelle au niveau de l'épaule droite (p. 58). Quant à la capacité de travail, les experts ont rappelé que les médecins avaient attesté une incapacité de travail à 50% à partir du 10 août 2010, en raison du diagnostic de luxation par rupture complète du ligament

gléno-huméral inférieur. Suite à l'opération du 15 décembre 2010, l'incapacité de travail était jugée totale du 14 décembre 2010 au 31 janvier 2011, partielle dès le 1<sup>er</sup> février 2011, puis nulle à compter du 21 février 2011. La déchirure du bourrelet glénoïdien n'avait jamais été incapacitante. Les experts ont conclu que le taux d'incapacité de travail pour ces diagnostics devrait rester nul sur le plan horaire dans toute activité (p. 61), sans baisse de rendement. Il ne persistait qu'une laxité clinique sans répercussion fonctionnelle. Aucune aggravation n'était à craindre, les activités sportives, ayant favorisé la survenue de l'instabilité, avaient été interrompues (p. 59). Les incapacités de travail ultérieures n'étaient pas en lien avec la pathologie de l'épaule. Le type de travail était purement administratif, et ne nécessitait pas l'utilisation de l'épaule droite avec force, encore moins en rotation et en abduction. Ainsi, à l'instar du Dr E\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était totale pour l'épaule droite jusqu'au 31 janvier 2011 (p. 60).

Sur le plan locomoteur, en ce qui concernait le rachis cervical, l'assuré se plaignait de douleurs en situation paravertébrale droite irradiant jusqu'au trapèze homolatéral. Les algies étaient uniquement diurnes et jamais responsables de réveils nocturnes. La douleur était chiffrée à 5/10 sur l'EVA et constante de type « contracture », qui était également à l'origine d'une raideur matinale d'une à deux heures. Les algies apparaissaient en cas de position assise prolongée ou de conduite au-delà de trente minutes. Le port de charges ne provoquait pas lesdites douleurs. Pour les soulager, l'assuré s'étirait et utilisait les benzodiazépines. Lors d'une consultation du 27 avril 2010, les douleurs cervicales, irradiant jusqu'à la région lombaire, étaient estimées à 8/10, ce qui n'était plus le cas actuellement, témoignant ainsi d'une amélioration selon les experts. Les douleurs intéressaient toute la colonne, avec une irradiation au niveau de la nuque et de la base du crâne actuellement. S'agissant du rachis lombaire, l'assuré ne manifestait aucune algie dorénavant (p. 65). L'algie constante sur les côtes flottantes gauches, évaluée entre 8 et 9/10 sur l'EVA, était vécue comme une contracture ou un tiraillement. La position assise et la marche, limitées à trente minutes, et l'orthostatisme limitée à vingt minutes, provoquaient ces douleurs. Dès deux heures de décubitus dorsal, la douleur apparaissait et le seul facteur sédatif était de « faire craquer ». Lors d'une consultation ambulatoire le 10 mars 2014, l'assuré avait indiqué que les algies s'amélioraient par la position couchée. Or, actuellement, il qualifiait cette position de facteur aggravant les douleurs, ce qui témoignait d'une discordance (p. 66). À l'examen clinique, aucun trouble de la statique au niveau du rachis cervical n'était constaté. La palpation de l'ensemble des épineuses cervicales se révélait indolore. Aucune contracture des muscles paravertébraux n'était observée. Il en allait de même s'agissant du rachis dorsal (p. 69) et lombaire (p. 70). Les radiographies ne montraient ni scoliose ni inversion de courbure.

Les plaintes au niveau du rachis cervical n'étaient pas corroborées par un substrat organique avéré, ce qui renvoyait plutôt à l'éventualité d'une composante psychogène, dont l'analyse référait à la psychiatrie (p. 79). Il en allait de même

---

s'agissant des douleurs lombaires (p. 81) et celles au niveau des côtes flottantes à gauche (p. 82). Les experts n'ont pas retenu le diagnostic de douleurs cervicales (celles-ci étant uniquement des plaintes, et non pas un diagnostic lésionnel), ni le diagnostic de douleurs intéressant toute la colonne, ni celui d'inversion de la lordose physiologique de la colonne cervicale évoquée en 2006 (étant de caractère non significatif et non retrouvée sur les radiographies de 2010 et 2015) (p. 82). Les experts n'ont retenu aucune limitation en l'absence de diagnostic organique lésionnel en lien avec les plaintes à l'étage cervical et lombaire (p. 86). Ils ont rappelé que du 7 mars au 5 avril 2011, une incapacité de travail à 50% était attestée, puis à 100% du 6 au 30 avril 2011, en raison des douleurs rachidiennes. À l'issue des investigations, aucun diagnostic somatique n'avait toutefois été retenu. Ainsi, aucune incapacité de travail sur du long terme au sens de l'AI n'était justifiée. L'incapacité de travail au-delà du 30 avril 2011 visait le volet psychiatrique. Le taux d'incapacité de travail sous l'angle locomoteur devrait rester nul dans toute activité sur le plan horaire, sans baisse de rendement (p. 87-88). La Dre D\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs encouragé l'assuré à retrouver une activité professionnelle au plus vite ; aucune incapacité de travail n'avait été attestée spécifiquement en lien avec les plaintes cervicales ou lombaires (p. 88). La fibromyalgie était exclue ; les douleurs, situées sur le rachis cervical, l'épaule droite et au niveau des côtes flottantes à gauche, ne touchaient pas les quatre quadrants du corps (les deux côtés, au-dessus et au-dessous de la ceinture), et aucun point de fibromyalgie (au moins 11 sur 18) n'avait été retrouvé lors de la pression exercée de 39 newtons (p. 95).

Sous l'angle psychiatrique, lors de l'expertise, l'assuré était calme et collaborant, son comportement adéquat, son discours cohérent et bien structuré. Ni un ralentissement, ni une agitation n'étaient observés (p. 117). L'assuré a indiqué que la consommation de benzodiazépines lui permettait de soulager les douleurs. Depuis le premier séjour hospitalier en 2011 pour sevrage, il n'avait pas repris de médicaments de manière aussi intense et incontrôlée. Actuellement, il prenait du Temesta sur prescription médicale de manière épisodique à raison d'un comprimé par mois environ (p. 118-119). Il consommait de l'éthyle, dans un cadre festif (environ une sortie par mois), mais beaucoup moins fréquemment qu'auparavant, ce qui lui permettait d'« anesthésier » ses algies. La prise d'éthyle n'était pas inappropriée, ce qui était corroboré par les examens biologiques (p. 120). Il consommait rarement du cannabis et ses dérivés (p. 119). Le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé, pouvait être retenu entre l'âge de 16 et 20 ans, ayant engendré des conséquences pénales, telles que le retrait de permis de conduire (scooter). Ce diagnostic était, en revanche, actuellement en status post ; la consommation actuelle d'éthyle pouvait être qualifiée d'admissible, et non nocive pour la santé (p. 121). Aucun trouble de la personnalité n'étant identifié, et les autres diagnostics (de la lignée anxieuse) n'étant pas susceptibles d'entraîner une prise d'éthyle nocive pour la santé, ce diagnostic a été considéré comme ayant toujours été primaire, soit non invalidant selon les experts (p. 122).

Outre cela, les experts ont retenu des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, en rémission partielle. Devant les effets tant anxiolytiques qu'antalgiques du traitement, l'assuré avait augmenté les doses de benzodiazépines, débutées en 2009-2010, et une accoutumance s'était rapidement instaurée (p. 123). L'assuré a déclaré que depuis 2013, il consommait moins de médicaments, et l'introduction d'un traitement par Effexor, doté d'un effet antalgique, lui avait permis de stabiliser la prise de benzodiazépines, ainsi que les symptômes sur le plan anxieux. Il prenait du Temesta, 1 mg, une fois par mois, ce qui était confirmé par le dépistage urinaire, test qui revenait négatif s'agissant des benzodiazépines, ce qui justifiait de retenir ledit diagnostic, actuellement abstinent, en rémission partielle (p. 124). Ce diagnostic était primaire. Quand bien même il existait une symptomatologie anxieuse justifiant la prescription de benzodiazépines, elle n'expliquait pas la consommation excessive avec accoutumance et dépendance progressive à cette substance (p. 124). Aucun élément particulier n'évoquait une dépendance occulte toxicologique ; le cannabis était consommé de manière épisodique, sans que cela ne paraisse inhabituel pour une personne de son âge, ni totalement inapproprié, étant pris dans un cadre festif (p. 125). La prise de benzodiazépines à hauteur de celle relevée en 2011 pouvait engendrer une fatigabilité, impactant le rythme de travail, ainsi que les difficultés de concentration et d'adaptation sur le plan relationnel. À l'issue du séjour hospitalier du 31 août au 27 septembre 2011, le sevrage était déjà partiellement acquis, de sorte qu'aucune conséquence en lien ne pouvait être retenue. La fatigabilité annoncée en juillet 2013 ne se rapportait pas au diagnostic de syndrome de dépendance, en l'absence d'argument précis en faveur d'une rechute. Bien que la psychiatre traitante ait signalé une rechute aux benzodiazépines en juillet 2013, l'assuré n'avait pas rapporté de rechute dans son discours (p. 124 et 131).

Une incapacité de travail totale était attestée pour les deux périodes d'hospitalisation, soit du 31 août au 27 septembre 2011, et du 13 au 20 décembre 2011. En dehors de ces deux périodes, aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue. En effet, d'une part, la dépendance avait toujours été primaire et l'assuré disposait des capacités nécessaires pour comprendre la nécessité de réduire sa consommation. Dès avril 2011, il avait bénéficié d'un suivi psychiatrique régulier auprès de la Dre L\_\_\_\_\_, laquelle l'avait vraisemblablement informé de l'importance de réduire la consommation. Ensuite, un sevrage en milieu hospitalier avait été organisé. D'autre part, la psychiatre traitante n'avait pas retenu le diagnostic de syndrome de dépendance comme incapacitant, lequel n'a pas été central dans la demande de prestations, qui mettait l'accent sur des problématiques somatiques. Ainsi, le taux d'incapacité de travail pour ce diagnostic devrait rester nul dans toute activité (p. 134), sans baisse de rendement (p. 132).

En ce qui concernait les phobies sociales, l'assuré a déclaré qu'il se sentait moins anxieux, moins tendu, moins nerveux, et moins fatigué que dans le passé. Il mettait



les troubles anxieux en lien avec la période scolaire durant laquelle il avait subi des moqueries ou des critiques à cause de la couleur de ses cheveux (roux). Ces troubles s'étaient progressivement amendés (p. 137). Quand bien même le score obtenu lors d'un test témoignait d'une anxiété moyenne, actuellement en lien avec une anticipation de la suite des événements, en particulier de la carrière professionnelle (p. 137), lors de l'expertise, rien n'évoquait un trouble anxieux spécifique. Au moins quatre symptômes physiques d'anxiété n'étaient pas apparus (attaques de 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). Si l'assuré se faisait du souci 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. Il s'agissait d'une forme de tension et d'inquiétude dans un contexte donné, de manière réactionnelle, et non d'une anxiété généralisée. À aucun moment les experts n'avaient retrouvé d'anxiété pour les petits problèmes de la vie quotidienne (p. 138). La crainte d'être exposé au regard d'autrui était présente de manière très marquée jusqu'en 2010-2011. L'assuré a indiqué qu'actuellement, cette crainte s'était atténuée, ce que les dernières expériences professionnelles témoignaient. La crainte dans les situations sociales induisait divers symptômes : rougissements, tachycardie, palpitations, transpiration, sensation d'avoir la bouche sèche, respiration difficile, sensations d'étourdissement, symptômes qui étaient retrouvés lors de l'expertise (p. 139, 142, 148).

L'examen clinique de la dépression montrait que 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. Il s'occupait du petit enfant d'une amie, il voyait ses amis et entretenait une bonne relation avec sa famille. Sa dernière expérience dans un cabinet d'avocats avait été très agréable. Ainsi, une diminution de l'intérêt et du plaisir n'était pas retenue. L'aboulie, apparue dans un contexte de prise conjointe de prégabaline et de quétiapine, avait disparu, ces traitements ayant été interrompus (p. 144). La confiance et l'estime, un peu altérées, étaient réactionnelles à la situation d'inactivité professionnelle. Il n'était pas rapporté de sentiment de culpabilité excessive ou inappropriée. La concentration était décrite comme globalement bonne, mais les douleurs engendraient une certaine difficulté de concentration en cas de poussées algiques (p. 145). Il était évoqué beaucoup moins d'idées de mort que par le passé. Aucun ralentissement, ni agitation n'étaient retrouvés. Les troubles du sommeil n'apparaissaient pas de manière significative, même si l'assuré décrivait beaucoup de micro-réveils dus à ses douleurs. La prise de Remeron le soir l'aidait à dormir (p. 146). L'appétit était noté en augmentation avec une prise pondérale de 15 kg depuis 2011. Aucun épisode dépressif n'était identifié avant 2011. Même s'il avait suivi un traitement par Seropram, quelques mois en 2009, ainsi qu'un traitement psychothérapeutique

avec du Sinequan, ces prises en charge avaient plutôt été instaurées dans le contexte des troubles anxieux. En 2011, la surconsommation de benzodiazépines, qui dominait le tableau, avait pu expliquer une certaine partie des symptômes retrouvés d'allure dépressive. Tant que cette dépendance était active, aucun épisode dépressif ne pouvait toutefois être formellement retenu. D'ailleurs, le second séjour hospitalier avait été motivé par une recrudescence de symptômes anxieux, et non pas dépressifs (p. 147).

Sur la base du dossier, les experts ont retenu le diagnostic de phobies sociales. À cet égard, ils relevaient une certaine atypicité, les craintes de l'assuré étaient liées aux discriminations qu'il avait pu subir en raison de la couleur de ses cheveux. Les troubles de l'articulation n'avaient pas eu, selon les dires de l'assuré, d'impact sur son vécu anxieux face au regard d'autrui (p. 150). Les phobies sociales étaient présentes durant la période scolaire, puis de manière moins importante au travail. Le trouble anxieux phobique avait totalement pris fin en 2010-2011, l'exposition au regard d'autrui n'était plus significativement problématique, de sorte que les experts ont retenu des phobies sociales en status post. En 2013, le dossier faisait mention d'une anxiété constante, aggravée dans la foule. Toutefois, à aucun moment, il n'était relevé d'éléments en faveur d'une agoraphobie, diagnostic qui n'avait jamais été posé par la psychiatre traitant. L'assuré décrivait une amélioration comparativement à la période scolaire. Il existait par contre une articulation entre les algies et l'anxiété, le syndrome douloureux ayant pu participer aux difficultés à sortir du domicile. L'assuré rapportait également que depuis l'instauration de l'Effexor, l'anxiété s'était encore améliorée (p. 151). Le diagnostic d'anxiété généralisée était écarté (des signes anxieux divers existaient, mais ils ne répondaient pas aux critères diagnostiques sur la base des données anamnestiques recueillies ; les craintes, les tensions et les inquiétudes demeuraient essentiellement fixées sur les situations sociales. Il existait également des inquiétudes de longue date en lien avec les douleurs et leur évolution, contribuant à l'anxiété décrite comme flottante, mais ne rentrant pas dans le cadre d'une anxiété généralisée, et la présence de phobies sociales, faisant partie des troubles anxieux phobiques, récusait ce diagnostic) (p. 152).

Les experts ont également écarté le diagnostic d'épisode dépressif et de trouble dépressif récurrent ; deux des trois critères majeurs de la dépression faisaient défaut actuellement (tristesse endogène, perte d'intérêt et de plaisir, diminution de l'énergie). Les signes dépressifs présents ponctuellement dans l'histoire de l'assuré, avec des moments de baisse de l'humeur ou de baisse de l'énergie, correspondaient plutôt à un accompagnement des plaintes douloureuses, voire des symptômes anxieux, lesquels dominaient le tableau. La seconde hospitalisation en décembre 2011 avait d'ailleurs eu lieu, selon l'assuré, en raison d'une recrudescence de symptômes anxieux, et non de symptômes anxio-dépressifs. La surconsommation de benzodiazépines jusqu'en septembre 2011, avec antérieurement consommation associée d'éthyle, avait pu expliquer une partie des symptômes d'allure dépressive.

Les plaintes pouvant s'apparenter à une symptomatologie dépressive, dont les idées de mort ou les troubles de sommeil, étaient actuellement améliorées. Cela ne remettait pas en question l'efficacité d'un traitement antidépresseur, ayant également une indication dans les troubles anxieux phobiques, tels que les phobies sociales, retenues anamnestiquement (p. 153). Aucun symptôme positif ou négatif de la psychose n'avait pu être confirmé ni par le passé ni actuellement. Lors de l'expertise, aucun critère diagnostique de la lignée psychotique n'avait été repéré (hallucinations visuelles ou auditives, idées délirantes, bizarreries, troubles du langage). L'admission dans le programme Jade avait été décidée devant la crainte d'un processus psychotique débutant, mais l'assuré déclarait que cette prise en charge ne lui avait pas convenu ; les personnes admises dans ce programme présentaient des affections plus lourdes et sévères que la sienne (p. 154).

Actuellement, il n'existait plus de crainte marquée d'être exposé au regard d'autrui ou dans les situations sociales en général ; cette crainte s'était largement atténuée, de même que les symptômes anxieux associés. Les phobies sociales étaient ainsi un diagnostic anamnestique, en status post (p. 159). Ce diagnostic présent durant la période scolaire et à l'adolescence, s'était amélioré significativement dès 2010-2011. Le poste de « trust assistant » au sein de l'employeur en témoignait ; l'assuré avait pu tenir ce poste du 14 juin 2010 jusqu'à fin avril 2011, sans que son trouble anxieux phobique ne le limitât. Il relatait une bonne ambiance de travail et une certaine forme de satisfaction par rapport aux relations interpersonnelles (p. 160). Quand bien même 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).

S'agissant des limitations, l'anxiété présentée dans la sphère sociale pouvait avoir un impact dans le cadre d'une profession au contact des clients, mais pas dans un poste en back-office tels qu'assistant administratif ou « trust assistant ». L'assuré avait achevé son apprentissage avec succès, et avait pu tenir ses différents postes par la suite sans difficultés sur le plan anxieux, confirmant l'absence de limitations fonctionnelles en lien avec les phobies sociales. Les difficultés qu'il avait manifestées sur le plan professionnel étaient attribuées au plan douloureux. Sa dernière expérience d'assistant administratif entre janvier et juillet 2015 s'était bien déroulée et il n'avait rencontré aucune difficulté sur le plan interpersonnel. Même si l'anxiété sociale n'était plus aussi significative que par le passé et que les phobies sociales étaient en status post, une activité dans un bureau comptant peu de postes de travail était plus adaptée qu'une activité en open office, lui permettant de limiter l'exposition au regard d'autrui (p. 162). Selon les experts, le diagnostic de phobies sociales n'avait jamais été incapacitant dans l'activité habituelle, à condition de l'exercer dans un poste en back-office et non en contact avec la clientèle. Le taux

d'incapacité de travail pour ce diagnostic devait rester nul, dans toute activité, sans baisse de rendement (p. 164-165).

Concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'assuré déclarait avoir des douleurs évoluant depuis l'âge de 13 ans, ayant débuté par des algies au niveau de l'épaule droite. Actuellement, persistaient des douleurs scapulaires droites, ainsi qu'au niveau du trapèze droit, puis une douleur en regard des côtes flottantes à gauche, de la nuque, des algies fluctuantes des ischio-jambiers, ainsi que des tensions au niveau du diaphragme. La douleur était globalement chiffrée à 8/10, selon les experts un peu surévaluée par rapport à la lecture de la biographie récente de l'assuré, lequel décrivait des activités quotidiennes relativement préservées (p. 168).

Sur la base du dossier et de l'anamnèse, les experts ont retenu que des douleurs multiples étaient présentes, évoluant depuis plus de dix ans, et variables, même s'il existait un point plus fixe au niveau de l'épaule droite. Aucune atteinte organique objectivable n'expliquait ces plaintes douloureuses. L'assuré présentait un sentiment persistant de détresse ; il avait consulté un nombre important de médecins et thérapeutes auparavant et encore actuellement. Il consultait également des acupuncteurs et des naturopathes. L'assuré pensait souffrir d'une maladie de type fibromyalgie. Sa réaction pouvait témoigner d'un certain refus d'accepter les conclusions médicales (symptômes psychosomatiques) (p. 171). L'ensemble de ses difficultés quotidiennes et de ses doutes quant à ses projets professionnels était ramené aux douleurs ressenties. Ils ont toutefois émis quelques réserves ; aucun trouble psychiatrique n'était en mesure d'expliquer les symptômes. Par ailleurs, quelques éléments de discordance et de majoration étaient présents : l'assuré se massait par exemple l'épaule droite durant la majeure partie de l'entretien avec l'assistante psychologue, ce qui n'était pas le cas pendant l'examen avec l'expert psychiatre, puis 3/5 signes de Waddell avaient été retrouvés, ce qui indiquait une majoration partielle des plaintes douloureuses (p. 171 et 175).

Les experts ont ainsi retenu un possible syndrome douloureux somatoforme persistant (p. 172 et 175). Selon l'assuré, l'anxiété aggravait les symptômes douloureux, mais ne les créait pas. Les plaintes douloureuses étaient indépendantes des phobies sociales (p. 175). Actuellement, le traitement médicamenteux permettait une relative stabilisation. Selon l'assuré, il s'agissait d'un « bon compromis ». Les experts ont indiqué que l'état clinique devrait rester relativement stable à moyen terme. Aucune date de rémission des symptômes ne pouvait toutefois être estimée, l'évolution de ce diagnostic n'étant pas prévisible médicalement (p. 180). La reprise d'une activité professionnelle serait un bon allié thérapeutique (p. 179). Les experts n'ont pas retenu de limitations pour ce diagnostic ; les capacités de compréhension et de concentration étaient préservées, il n'était pas retrouvé de fatigabilité le jour de l'expertise pouvant impacter le rythme de travail, ni de difficultés de compréhension, de concentration ou encore d'adaptation. La dernière expérience professionnelle en 2015 avait été rapportée

comme très positive (p. 181). L'éventuelle incapacité de travail relative à ce diagnostic était à étudier sous l'angle des critères jurisprudentiels, débattue en synthèse pluridisciplinaire (p. 184).

Dans le chapitre « discussion et synthèse pluridisciplinaire », les experts ont écrit qu'aucun diagnostic retenu ne pouvait expliquer les douleurs décrites. Il n'était pas retrouvé suffisamment d'arguments cliniques pour les faire inclure dans le cadre d'une éventuelle fibromyalgie (p. 189). Ils ont posés les diagnostics suivants : un possible syndrome douloureux somatoforme persistant ; des troubles mentaux et troubles du 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 (du lorazépam était toujours prescrit, mais pris de manière occasionnelle, épisodique, sans argument pour une dépendance active persistante) ; des phobies sociales, avec des symptômes anxieux, associés à une crainte marquée d'être exposé au regard d'autrui dans les situations sociales, trouble présent durant la période scolaire, qui s'était ensuite amélioré (p. 190), en status post depuis 2010-2011 (p. 191).

Cela étant dit, les experts ont considéré que les critères jurisprudentiels d'un syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas remplis : l'état psychique n'était pas cristallisé (le comportement et le discours durant l'expertise étaient adéquats, sans rétrécissement des pensées autour des problématiques douloureuses, il était à la recherche d'une activité à temps partiel, il avait émis l'idée que l'obtention d'une rente lui permettrait un certain équilibre, évoquant l'attente de bénéficiaires secondaires, il avait travaillé à plein temps en 2015 pendant un semestre, de sorte que les douleurs n'étaient pas fixées, ce qui démontrait une certaine discordance entre le discours relatif aux limitations perçues et la capacité de travailler à plein temps) ; aucun diagnostic pouvait interférer avec la faculté à surmonter les douleurs (le diagnostic de phobies sociales était en status post ; s'il était relevé une anxiété, l'assuré avait précisé que celle-ci et la douleur étaient distinctes et n'interféraient pas) ; malgré de nombreux traitements conventionnels et non conventionnels, actuellement l'assuré évoquait une certaine amélioration s'agissant du traitement antidépresseur combinant venlafaxine (Effexor) et mirtazapine (Remeron), de sorte que le traitement ne pouvait être considéré inefficace ; l'assuré s'entretenait régulièrement avec certains amis, et sortait régulièrement dans des bars, au cinéma ou au restaurant, il se rendait également au fitness. Sa profession diplômée était adaptée, ainsi que le témoignaient ses dernières expériences professionnelles. Il était capable de passer l'aspirateur, de faire la lessive ou les courses, même s'il signalait que ces activités lui demandaient une grande énergie.

Ainsi, sa capacité à fournir des efforts malgré le vécu douloureux était préservée et l'impact dans la vie quotidienne restait minime. Les experts ont conclu que les algies n'étaient pas incapacitantes (p. 194), et l'assuré ne présentait aucune

---

limitation tant sous l'angle somatique que psychiatrique (p. 195). Aucune incapacité de travail ne pouvait être attestée dans toute activité, tant pour motifs somatiques que psychiatriques, en dehors des périodes suivantes : 50% dès le 10 août 2010 ; 100% du 14 décembre 2010 au 31 janvier 2011 ; 50% jusqu'au 20 février 2011 (en lien avec les suites opératoires de l'épaule droite) ; 50% du 7 mars au 5 avril 2011 ; 100% du 6 au 30 avril 2011 (dans le cadre des investigations des plaintes douloureuses) ; et 100% du 31 août au 27 septembre 2011, puis du 13 au 20 décembre 2011, correspondant aux deux séjours hospitaliers pour sevrage aux benzodiazépines (p. 196).

25. Dans son avis du 12 juillet 2016, le SMR a, sur la base de cette expertise, noté que les diagnostics associés non du ressort de l'AI étaient la déchirure du bourrelet glénoïdien et une rupture complète du ligament gléno-huméral inférieur, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (status post), de sédatifs, un syndrome de dépendance (abstinent, rémission partielle), de phobies sociales (status post), et un possible syndrome douloureux somatoforme persistant. Aucune incapacité de travail durable n'était relevée. La capacité de travail était partielle depuis le 10 août 2010, nulle depuis le 14 décembre 2010 (intervention chirurgicale), partielle depuis le 1<sup>er</sup> février 2011, et pleine depuis le 21 février 2011 dans toute activité. L'assuré ne présentait pas de limitations fonctionnelles.
26. Dans un projet de décision du 14 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de rente, ainsi que les mesures de réadaptation. Depuis le mois d'août 2010, la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte, mais totale à compter de février 2011 sur le marché du travail équilibré, qui ne nécessitait pas de formation complémentaire, et respectait ses limitations fonctionnelles. Lui ayant reconnu le statut d'une personne active, l'OAI a arrêté le revenu avec invalidité à CHF 61'733.-, ce qui correspondait au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (recte : 4) (activités simples et répétitives), tous secteurs confondus (total) selon l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ESS), 2010, tableau TA1, indexé à l'année 2011. Aucune réduction ne pouvait être accordée. Quant au revenu sans invalidité, il se montait à CHF 71'053.-, soit son dernier revenu annuel (en l'absence de données économiques permettant de l'évaluer). Par une comparaison de gains, le degré d'invalidité s'élevait à 13.12%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à un reclassement. La capacité de travail étant pleine dans toute activité, des mesures d'ordre professionnel étaient sans objet.
27. Par pli du 11 août 2016, l'assuré a, par l'entremise de son conseil, contesté ce projet de décision. Se référant aux divers rapports de la Dre L\_\_\_\_\_, ainsi qu'à l'expertise pluridisciplinaire, qui retenait pourtant un possible syndrome douloureux somatoforme persistant, il a reproché à l'OAI de ne pas s'être déterminé sur son incapacité de travail résultant des troubles somatoformes. Il a par ailleurs joint le rapport de la Dre L\_\_\_\_\_ du 3 août 2016 faisant état d'une capacité de travail partielle du 4 décembre 2013 au 18 janvier 2015, totale du

---

19 janvier au 31 juillet 2015, puis de nouveau partielle dès le 1<sup>er</sup> août 2015. La praticienne a expliqué que le taux de capacité de travail effectif était de 50%. L'assuré avait travaillé à plein temps pendant six mois entre le 19 janvier et le 31 juillet 2015, car il n'avait pas trouvé un emploi à temps partiel. Pendant cette période de travail, si les éléments de déconditionnement avaient pu évoluer rapidement sur les trois premières semaines (fatigabilité plus grande), il en allait différemment pour les autres symptômes : accentuation des douleurs, problématiques anxieuses, incapacité quasiment complète à mener une vie sociale en dehors du travail. La recrudescence symptomatique avait été constante pour devenir préoccupante à la fin du mandat.

28. Dans son avis du 21 septembre 2016, le SMR a noté qu'aucun élément produit n'était de nature à remettre en question ses précédentes conclusions.
29. Par décision du 22 septembre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision.
30. Par acte du 24 octobre 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son mandataire, formé recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à son audition ainsi qu'à celle de la Dre L\_\_\_\_\_, à l'apport de son dossier médical auprès des HUG, et en particulier celui concernant les deux hospitalisations des 31 août et 13 décembre 2011, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant les volets orthopédique, rhumatologique et psychiatrique, et principalement, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une demi-rente au minimum ainsi que des mesures professionnelles, notamment un reclassement, puis le renvoi de la cause à l'intimé pour le calcul de la rente et nouvelle décision.

Sur le fond, il a critiqué le fait que l'expertise pluridisciplinaire fût réalisée par des médecins non membres de la FMH, de sorte que ces derniers n'étaient pas des spécialistes dans les domaines pratiqués. Il a contesté la valeur probante de ladite expertise ; elle comportait de nombreuses incohérences. En particulier, les experts avaient relevé que l'utilisation d'alcool, nocive pour la santé, avait toujours été primaire. Or, il ressortait des rapports de la Dre L\_\_\_\_\_ que l'abus de benzodiazépines était secondaire, puisqu'il ingurgitait ces médicaments pour soulager ses douleurs et son anxiété. Ainsi, son addiction était due à son état de santé et non l'inverse. En outre, les experts avaient minimisé son état dépressif, ainsi que ses plaintes. Selon ces derniers, les troubles somatoformes n'avaient aucune influence sur la capacité de travail, alors qu'en raison de cette atteinte, il était devenu dépendant aux médicaments. Par ailleurs, l'expertise ne satisfaisait pas aux critères posés par la nouvelle jurisprudence relative auxdits troubles ; elle n'avait pas pris en considération tous les éléments. Les experts n'avaient pas procédé à une synthèse des diagnostics posés. Ils se bornaient à relater chaque diagnostic, sans en tirer des conclusions ni les conséquences sur la capacité de travail. Ils s'étaient écartés des rapports des médecins traitants sans fournir d'explications, alors même qu'ils avaient indiqué ne pas avoir eu accès à certains dossiers. L'intimé n'avait pas motivé les raisons pour lesquelles il n'avait pas tenu compte du dernier rapport de la Dre L\_\_\_\_\_, qui retenait une capacité de travail à

temps partiel dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. S'agissant des mesures professionnelles, l'assuré possédait de bonnes capacités intellectuelles et linguistiques, et on ne saurait considérer qu'il n'était pas motivé à suivre, sur le plan subjectif, de telles mesures. De toute manière, la procédure de mise en demeure n'avait pas été respectée. Enfin, il remplissait les conditions pour l'octroi d'une orientation professionnelle.

31. Dans sa réponse du 22 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Se fondant sur la jurisprudence, il a argué qu'un titre délivré par la FMH n'était pas indispensable, de sorte que la formation de spécialiste pouvait avoir lieu à l'étranger. Le fait que les médecins exerçaient ou pas dans un cabinet médical en Suisse ne saurait avoir une incidence sur la valeur probante de l'expertise, laquelle était motivée, claire, convaincante, et prenait en compte les plaintes du recourant, puis s'appuyait sur un examen clinique approfondi, complété par des examens paracliniques adéquats. Sur le plan somatique, les diagnostics retenus n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Les experts avaient expliqué les raisons pour lesquelles ils s'étaient éloignés de l'avis de la Dre D\_\_\_\_\_ en ce qui concernait les incapacités retenues par cette praticienne après février 2011, puisque celles-ci n'étaient plus en lien avec le problème de l'épaule droite. Le travail était purement administratif, et ne nécessitait pas l'utilisation de cette épaule avec force, encore moins en rotation externe et en abduction. L'examen du rachis cervical était strictement normal, de même que le rachis lombaire. À cet égard, l'opinion des experts était identique à celle de la Dre D\_\_\_\_\_, ainsi qu'à celle d'autres spécialistes qui avaient recommandé la reprise d'une activité professionnelle. Les diagnostics sous l'angle psychiatrique n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail. Les phobies sociales avec des symptômes anxieux n'avaient jamais été incapacitantes dans l'activité habituelle, à condition de l'exercer dans un poste en back-office. Le recourant avait réussi son apprentissage administratif, puis avait collaboré dans divers postes sans difficultés sur le plan anxieux. Aucun argument clinique ne suffisait pour retenir les diagnostics d'anxiété généralisée ou l'épisode dépressif. Dans son argumentation, le recourant n'avait pas mis en évidence d'importantes contradictions quant aux diagnostics ou aux observations cliniques. Il se limitait à souligner les divergences d'opinion entre les experts et les médecins traitants relatives à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail.
32. Dans sa réplique du 15 décembre 2016, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Il a indiqué qu'il remettait en cause la neutralité, l'objectivité et la formation des experts de la clinique Corela. La Dre L\_\_\_\_\_ avait eu l'occasion de travailler au sein de cette clinique, et pu constater que celle-ci utilisait des algorithmes pour évaluer les patients. Les experts se référaient aux avis des médecins traitants uniquement si ces derniers rejoignaient leur position. Il était incompréhensible que, selon les experts, la phobie sociale n'ait jamais été incapacitante en cas de travail exercé dans un poste en back-office, puisque cette atteinte pouvait se déclencher avec une seule personne, y compris en présence de



---

collègues connus de la personne. Auprès de son employeur, alors qu'il collaborait au sein d'une équipe de cinq personnes, pendant une année, dont onze mois à temps partiel, il avait rencontré des problèmes. Enfin, la consommation de benzodiazépines avait entraîné deux années d'incapacité de travail.

33. Dans sa duplique du 23 janvier 2017, l'intimé a également persisté dans ses conclusions. Les arguments soulevés à l'encontre des experts n'étaient pas pertinents, et n'appelaient aucun commentaire. Le recourant n'avait apporté aucun élément médical susceptible de remettre en question les conclusions des experts. En particulier, il ne suffisait pas de mentionner que ces derniers auraient dû conclure différemment.
34. Copie de cette écriture a été communiquée au recourant, et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

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 1<sup>er</sup> 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.
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.

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).

3. a. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales

---

dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 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 5<sup>ème</sup> 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).

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.
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 1<sup>er</sup> janvier 2008).
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

---

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).

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

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 LPG) 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

---

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).

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

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 -

---

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 2<sup>ème</sup> 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).

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 *lege artis* 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, 10<sup>ème</sup> 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



---

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

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

---

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).

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.

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 1<sup>er</sup> mars 2012, les offices AI sont tenus de mettre en œuvre tous les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire par l'intermédiaire de la plateforme en ligne SuisseMED@P, laquelle attribue le mandat d'expertise de manière aléatoire (art. 72<sup>bis</sup> 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.

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

---

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 1<sup>er</sup> 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.

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

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

---

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].

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

---

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 Cipralex 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. Quoiqu'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.

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



---

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

---

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.

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.

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 1<sup>er</sup> 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 19 janvier au 31 juillet 2015, puis partielle dès le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> au

---

20 février 2011, totale du 21 février au 6 mars 2011, 50% du 7 mars au 5 avril 2011, nulle du 6 avril 2011 au 31 mai 2013, 25% du 1<sup>er</sup> juin au 3 décembre 2013, 50% du 4 décembre 2013 au 18 janvier 2015, puis totale depuis lors.

17. a. Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant.
- b. En l'espèce, comme indiqué ci-dessus, le recourant présente une capacité de travail restreinte depuis le 10 août 2010. Au terme du délai d'attente d'un an, soit le 10 août 2011 (étant à cet égard relevé qu'on n'est pas en présence d'une interruption notable au sens de l'art. 29<sup>ter</sup> du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201] lorsque le recourant a disposé d'une capacité de travail entière du 21 février 2011 au 6 mars 2011, cette durée étant inférieure à trente jours consécutifs), le recourant présentait une incapacité de travail totale qui perdurera jusqu'au 31 mai 2013 dans toute activité, ce qui correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité. En effet, lorsque le taux de capacité de travail est identique dans toute activité, soit tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, comme en l'occurrence, il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison des gains ; le taux d'invalidité se confond dans cette hypothèse au taux d'incapacité de travail (cf. ATAS/1105/2012 du 10 septembre 2012 consid. 9). De la même manière, il y a lieu de retenir que, du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 3 décembre 2013, l'incapacité de travail de 75% dans toute activité correspond à une invalidité de 75%, donnant également droit à une rente entière. Enfin, l'incapacité de travail de 50% du 4 décembre 2013 au 18 janvier 2015 dans toute activité correspond à une invalidité de 50% et donne droit à une demi-rente (cf. consid. 6a ci-dessus).
18. a. Reste à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées.
- b. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
- c. Conformément à l'art. 29 al. 3 LAI (dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008), la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
- Ainsi, si un assuré peut prétendre à une rente (c'est-à-dire s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année [délai d'attente d'une année] sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins selon l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI), sa rente lui sera versée conformément à l'art. 29 al. 3 LAI (soit dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance), à condition qu'il ait présenté sa demande dans le délai de six mois avant l'expiration du délai d'attente d'une année. Si l'assuré dépose sa demande à l'office AI plus de six mois après le début de son incapacité de travail (ou du délai d'attente), il s'agit d'une demande tardive, ayant pour conséquence la perte du droit à la rente pour chaque mois de retard (cf. Michel VALTERIO, op. cit., n. 2187-2190 ; Circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, chiffres 2025 et 2027).

d. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a al. 1 RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (ATAS/1105/2012 du 10 septembre 2012 consid. 10).

Lorsqu'est prise une première décision concernant l'octroi simultané de deux rentes successives dont la seconde est d'un montant inférieur, ou même l'octroi d'une rente dont la suppression ultérieure est décidée simultanément, la réduction ou la suppression de la rente prend effet à l'un des délais mentionnés à l'art. 88a al. 1 RAI. On n'est pas en présence d'une révision; l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI n'est pas applicable (cf. Circulaire précitée, chiffre 4018).

19. En l'occurrence, ainsi qu'exposé ci-dessus, le délai d'attente d'un an est arrivé à échéance le 10 août 2011. Le recourant a toutefois déposé sa demande de prestations le 8 juin 2011, soit plus de six mois après le début de son incapacité de travail le 10 août 2010, et moins de six mois avant l'expiration du délai d'attente. Il s'ensuit qu'en raison de sa demande tardive (quatre mois de retard), la rente entière ne pourra lui être versée qu'à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011 (art. 29 al. 3 LAI). Par ailleurs, dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, le recourant a droit à une demi-rente, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain, survenue le 4 décembre 2013. En revanche, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2015, la demi-rente sera supprimée, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain, survenue le 19 janvier 2015.
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 LPGa) 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.

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 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 31 mars 2014, et à une demi-rente du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 30 avril 2015.
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.
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. 1<sup>bis</sup> LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1<sup>er</sup> 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.-.
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]).

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 22 septembre 2016.
4. Dit que Monsieur A\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 31 mars 2014, et à une demi-rente du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 30 avril 2015.
5. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour calcul des prestations dues.
6. Met un émolument de CHF 800.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
7. Condamne l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève à verser à Monsieur A\_\_\_\_\_ une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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