



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4110/2019

ATAS/138/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 février 2020

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par le
syndicat UNIA

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Maria Esther SPEDALIERO,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1973, domicilié dans le canton de Genève, conseiller en assurance et prévoyance, a travaillé depuis 2004 pour divers employeurs, en particulier de 2007 à 2015 pour un assureur conseil sis à Genève.

Après un premier mariage, il a eu deux enfants nés en 2004 et 2008 d'une seconde union, puis cinq enfants nés entre 2010 et 2017 d'une troisième union.

2. Le 16 mars 2009, il est tombé à la renverse sur le trottoir alors qu'il essayait d'ouvrir la portière de la voiture de son épouse et que celle-ci, qui ne l'avait pas vu, continuait à rouler.

S'en est suivie une incapacité de travail totale puis partielle entre le 16 mars 2009 et le 31 janvier 2010.

L'assuré a décrit peu après l'accident des douleurs au niveau de la région lombaire avec des épisodes de décharges électriques le long du rachis, accompagnées de paresthésies et d'engourdissement au niveau du membre inférieur gauche sans vraie radiculalgie.

Les IRM lombaires, réalisées à plusieurs reprises en 2009, ont montré un état dégénératif lombaire, avec une amélioration progressive d'une hernie discale au bout de quelques mois, puis une stabilisation.

3. À teneur d'un rapport d'expertise de l'appareil locomoteur du 5 octobre 2009 à la demande de l'assureur-accident, établi par le docteur B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur de la Clinique Corela, la lombosciatalgie gauche sur hernies discales L4-L5 et L5-S1 diagnostiquée n'avait pas de lien de causalité avec l'accident du 16 mars 2009, mais avait une origine dégénérative préexistante à l'accident. La nature des plaintes et la durée de l'évolution pour des lésions objectivables ne permettaient pas d'exclure une majoration des plaintes, et, en cas de persistance, la question de l'existence d'un trouble somatoforme à caractère invalidant. Sur le plan de la maladie, dans un poste adapté, c'est-à-dire évitant les déplacements en voiture, l'expertisé pouvait reprendre immédiatement son activité à 50 %, taux qui pourrait être augmenté à 100 % vers la mi-octobre 2009, avec des déplacements.
4. Par décision du 30 octobre 2009 contre laquelle l'assuré a formé opposition le 6 novembre 2009, l'assureur-accident, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr B_____, a retenu une capacité de travail entière dès le 1^{er} novembre 2009 et mis fin dès cette date aux indemnités journalières au sens des art. 16 ss de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).
5. Par certificat du 8 juin 2011, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu la persistance d'un syndrome lombo-vertébral lombaire sur un status après hernie discale L4-L5, l'assuré ne pouvant en outre pas porter de charges de plus de 10 kg et devant avoir une position assise en alternance.

6. Dans un rapport d'expertise de neurochirurgie du 16 août 2012 faisant suite à une demande de l'assureur-accident après la survenance d'importantes douleurs persistantes au rachis en octobre 2010, le docteur D_____, neurochirurgien, de la Clinique Corela, a retenu les diagnostics d'hernie discale L4-L5 avec contrainte L5 gauche et de discarthrose débutant L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire, sans lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 16 mars 2009 et sans incidence sur la capacité de travail. Il n'était retenu aucune limitation locomotrice pour l'emploi habituel, mais préventivement, dans le contexte dégénératif du rachis lombaire, des limitations de la position en porte-à-faux lombaire et pour le port de charges moyennes (jusqu'à 25 kg occasionnellement et/ou 5-12 kg souvent et/ou moins de 5 kg en permanence), ainsi que de conduite d'engins vibrants (situations non rencontrées dans la pratique quotidienne de l'activité professionnelle de l'assuré). La capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle.
7. Dans deux certificats établis en 2012, le Dr C_____ a évoqué une éventuelle annonce du cas à l'assurance-invalidité (ci-après : AI).
8. L'assuré n'a pas recouru contre la décision sur opposition de l'assureur-accident confirmant notamment une capacité de travail entière dès fin octobre 2009, et il a continué à exercer son activité professionnelle.
9. Le 3 mars 2015, l'assuré a subi un accident de la circulation routière, sa voiture étant percutée par l'arrière alors qu'il était à l'arrêt, à la suite de quoi il a ressenti des douleurs à la nuque, dans le dos, dans la colonne lombaire et a éprouvé des difficultés à marcher.
10. Il a consulté le jour même le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation du Groupe médico-chirurgical de Chantepoulet à Genève, qui a constaté la présence de douleurs cervicales, dorsales et lombaires ainsi que des gonalgies droites et des omalgies droites, a prescrit un traitement antalgique et anti-inflammatoire, et a certifié une incapacité totale de travail jusqu'au 30 avril 2015.
11. Dans un rapport du 17 mars 2015 à la suite d'une IRM lombo-sacrée, le docteur F_____, radiologue FMH, a conclu à un aspect stable au niveau L5-S1 d'une protrusion discale médiane et paramédiane gauche en contact avec la racine S1 gauche mais sans signe de conflit, ainsi qu'à une discrète diminution de la protrusion discale L4-L5 avec persistance d'une rupture annulaire et d'un contact radiculaire L5 gauche, également sans signe de conflit.
12. À la demande de l'assureur-accident, qui avait pris en charge cet accident du 3 mars 2015 en versant des indemnités journalières en faveur de l'assuré, le docteur G_____, chirurgien orthopédiste FMH, a, dans un rapport du 11 mai 2015, posé les diagnostics de lombalgies sur troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1 et de majoration des plaintes, voire - avec un point d'interrogation - de troubles somatoformes. L'accident du 3 mars 2015 pouvait avoir provoqué une aggravation passagère de l'état dégénératif préexistant, qui jouait un rôle essentiel dans les

plaintes douloureuses. Le fait de ne pas avoir actuellement de plainte au niveau de la colonne vertébrale était un élément important pour penser que la collision du 3 mars 2015 avait été de faible énergie et ne pouvait pas induire une lésion quelconque sur la colonne lombaire ni même des troubles durables. Une incapacité totale de travail due à l'accident du 3 mars 2015 pouvait perdurer jusqu'à fin mai 2015, mais dès le 1^{er} juin 2015, il n'y aurait plus de rapport de causalité entre cet accident et les plaintes douloureuses et invalidantes de l'assuré, et le statu quo ante/sine serait atteint. Une reprise du travail à temps complet comme collaborateur externe d'une compagnie d'assurance serait exigible dès cette date-ci.

13. Par décision du 28 mai 2015, confirmée par décision sur opposition du 11 février 2016, l'assureur-accident a mis fin, dès le 1^{er} juin 2015, à la prise en charge des frais du traitement médical et de l'incapacité de travail de l'assuré pour l'accident du 3 mars 2015, considérant, sur la base du rapport précité du Dr G_____, que le statu quo sine était alors atteint.
14. Dans un rapport du 8 juin 2015 à la suite d'une IRM cervicale, le Dr F_____ a retenu une cervicarthrose entre C3 et C6 avec des débords disco-ostéophytaires qui prédominaient à droite avec un rétrécissement foraminal modéré en particulier aux niveaux C3-C4 et C5-C6, le canal spinal central restant de dimension normale.
15. Dans un rapport du même jour, le Dr E_____ a noté un tableau clinique douloureux post-traumatique après l'accident du 3 mars 2015, qui s'était manifesté aux niveaux de l'épaule droite, du rachis cervical, du rachis lombaire, des deux genoux et du pied droit/talon, suivi par une décompensation au plan psychologique avec insomnies et dépression, qui avait nécessité une prise en charge dès le 1^{er} mai 2015 par la doctoresse H_____, également du Groupe médico-chirurgical de Chantepoulet, médecin praticien FMH non psychiatre mais au bénéfice d'une formation en médecine psychosomatique et psychosociale l'autorisant à faire de la psychothérapie.
16. Selon un rapport du Dr C_____ du 12 juin 2015, le choc par l'arrière subi dans le cadre de ce dernier accident pouvait avoir déclenché une symptomatologie non neurologique sous forme de cervicalgies dans le cadre de discopathies préexistantes.
17. Les 29 mai et 16 juin 2015, la Dresse H_____ a certifié que l'assuré était en incapacité totale de travail, respectivement pour juin et juillet 2015, sans indication de motifs.

Le 24 juin 2015, elle a établi d'une part un autre certificat, non motivé, faisant état d'une incapacité totale de travailler pour une durée indéterminée, et d'autre part une attestation « À qui de droit » indiquant que l'assuré présentait un état de stress post-traumatique suite à l'accident de circulation survenu le 3 mars 2015, état de santé nécessitant un arrêt de travail prolongé, une reprise ne pouvant être envisagée avant la fin de l'année.

Elle a ensuite établi des certificats d'incapacité totale de travailler non motivés avec effet jusqu'au 29 février 2016.

18. Parallèlement, le 2 juin 2015, l'employeur de l'assuré a, en raison des absences de celui-ci et de raisons économiques, résilié son contrat de travail pour le 30 août 2015, puis à nouveau, ce licenciement étant nul, le 17 septembre 2015 pour le 31 décembre 2015.

Dès le 1^{er} janvier 2016, l'assuré a émargé à l'aide sociale.

19. Par pli recommandé du 1^{er} juillet 2015, l'assuré s'est adressé à l'assureur-maladie complémentaire perte de gain de son employeur, pour faire valoir ses prétentions pour le cas où son incapacité de travail ne devait pas être considérée comme étant dans un lien de causalité avec l'accident du 3 mars 2015, ainsi que l'avait décidé l'assureur-accident.

20. Le 8 décembre 2015, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) d'une demande en paiement dirigée contre l'assureur-maladie complémentaire perte de gain, qui a été enregistrée sous le n° de cause A/4261/2015.

21. Le 4 février 2016, le Dr F_____ a effectué une arthrographie épidurale postérieure L4-L5 et, dans un rapport du même jour, a notamment relevé que l'assuré présentait une diminution des douleurs qui étaient à 5 auparavant et à 2 après, sans déficit moteur.

Le 11 février 2016, ce radiologue a effectué une arthrographie facettaire L5-S1 et, dans un rapport du même jour, a entre autres indiqué que l'examen clinique ne montrait « pas de déficit moteur, pas de douleur au bending antérieur ou inversé, lasèque négatif », et qu'en post-procédure, le patient présentait une diminution légère des douleurs qui passaient de 5 à 3 ou 4.

22. Le 1^{er} mars 2016, à la suite d'une consultation du 29 février 2016, le docteur I_____, radiologue FMH auprès du même centre d'imagerie que le Dr F_____, a établi un rapport.

23. Depuis le 1^{er} mars 2016, le Dr E_____ a établi des certificats d'arrêt de travail à 100 % pour les mois suivants.

24. Le 6 juillet 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'AI.

25. Par attestation du 9 septembre 2016 à l'intention de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), le Dr E_____ a estimé qu'en raison de son invalidité, l'assuré ne pouvait plus exercer une activité salariée, de sorte qu'il incombait audit office ou tout autre organisme d'octroyer à son patient toutes les garanties, aides et prestations nécessaires et en capital « lorsque l'exercice d'une activité lucrative indépendante se [révéla]it, du point de vue de l'invalidité, notablement plus simple et plus adéquat que le reclassement dans une profession qui [pouvait] être exercée en tant qu'employé ».

26. Le 20 septembre 2016, dans le cadre de la cause A/4261/2015, la chambre des assurances sociales a procédé à l'audition de trois médecins à titre de témoins, ainsi qu'à la comparution personnelle des parties.

Selon le Dr E_____, l'incapacité de travail de l'assuré avait perduré au-delà du 31 mai 2015, en raison du stress post-traumatique subi, mais aussi de l'atteinte au genou droit, qui le gênait pour marcher. Il subsistait encore un fond douloureux devenant chronique au niveau du rachis, en dépit des infiltrations effectuées, qui n'avaient produit des améliorations que très passagèrement. L'assuré avait été opéré de son problème de ménisque au genou droit le 30 mars 2016.

D'après la Dresse H_____, les troubles psychiques de l'assuré, pour lesquels elle avait posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1 de la CIM-10) le 29 mai 2015, consistaient en de l'angoisse et des troubles du sommeil liés à la douleur. Cet état, survenu à la suite de l'accident, avait fait ressurgir des souvenirs, sous forme de flash-backs, de deux événements traumatiques dont il avait été victime dans son enfance et sa jeunesse. En outre, l'assuré, qui se voyait hautement motivé dans sa vie professionnelle mais n'avait tout d'un coup plus pu faire son travail, avait été bouleversé dans son identité de père. L'état de stress post-traumatique avait généré une totale incapacité de travail du 1^{er} mai 2015 au 29 février 2016, date à partir de laquelle l'assuré n'était plus en arrêt de travail pour des raisons psychiatriques mais pour des raisons somatiques liées à ses douleurs au rachis (pour lesquelles il avait subi des infiltrations) et au genou droit (opéré en mars 2016). À la question de savoir en quoi le stress post-traumatique avait empêché l'assuré d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel, la Dresse H_____ a répondu que les douleurs de l'assuré lui faisaient vivre des nuits blanches, provoquant des angoisses qui, à leur tour, augmentaient les douleurs. L'autre raison de l'incapacité de travail était liée aux douleurs qu'il éprouvait pour ses troubles somatiques. Il était difficile de faire la démarcation entre les explications respectivement somatiques et psychiques de son incapacité de travail.

Le Dr G_____ a pour l'essentiel confirmé le contenu de son rapport du 11 mai 2015.

27. Par un rapport du 16 novembre 2016 adressé au service médical régional (ci-après : SMR), la Dresse H_____ a exprimé le même avis, après avoir mentionné que l'assuré avait essayé de reprendre son travail comme salarié mais que son état de santé ne lui permettait pas la régularité nécessaire dans ce cadre, alors que celui-ci, qui avait manifesté son choix pour une réadaptation plutôt qu'une rente, était apte, de par son caractère, ses qualités personnelles et ses connaissances professionnelles, à exercer une activité lucrative indépendante.
28. Par courrier du 11 décembre 2016, l'OAI a fait part à l'assuré de ce que, compte tenu des éléments en sa possession, il ne considérait pas des mesures de réadaptation professionnelles comme actuellement indiquées et de ce qu'il

poursuivait l'instruction de son dossier dans le but de déterminer s'il remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité.

29. Par arrêt du 16 décembre 2016 (ATAS/1053/2016 dans la cause A/4261/2015), la chambre des assurances sociales a débouté l'assuré de toutes les conclusions de sa demande en paiement.

Selon ladite chambre, l'avis de la Dresse H_____, qui n'était pas psychiatre, n'emportait pas conviction, ni quant au diagnostic qu'elle avait posé, ni quant à l'appréciation qu'elle avait faite de son effet incapacitant ; son rapport du 12 octobre 2015 sous forme d'un courrier répondant à l'avocat de l'assuré – à teneur duquel le patient avait ressenti, lors de l'accident du 3 mars 2015 (réaction aiguë à un facteur de stress sévère), une violente décharge électrique et ressentait depuis lors une douleur assimilable à un coup de couteau – ne valait d'ailleurs pas davantage moyen de preuve qu'une expertise privée, mais simple allégation. En outre, le refus de l'assuré de participer à l'expertise extrajudiciaire que l'assureur défendeur lui avait proposée représentait un refus de collaborer à l'établissement des faits pertinents, la maxime inquisitoire sociale ne commandant pas que la chambre de céans supplée à cette carence.

30. Le 18 janvier 2017, des radiologues des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont effectué une «IRM de la colonne lombaire (neuro)» et conclu, dans leur rapport, à des discopathies protrusives L4-L5 et L5-S1, responsables d'un rétrécissement de l'émergence récessale de L4 et de L5 gauche respectivement.

31. Dans des rapports des 20 janvier et 16 février 2017, des médecins du service de neurochirurgie, consultation spécialisée du rachis des HUG, ont diagnostiqué une discopathie L4-L5 et L5-S1, dans le contexte duquel des douleurs lombaires mécaniques avec une irradiation au niveau du membre inférieur gauche étaient invalidantes. Comme antécédent était mentionné un état dépressif avec une fragilité émotionnelle suivi par la Dresse H_____. Aucun problème spécifique n'était noté quant au status neurologique. L'IRM du 18 janvier 2017 mettait en évidence une discopathie dégénérative aux niveaux L4-L5 et L5-S1 avec une protrusion médiane et paramédiane plus marquée à gauche sans réel conflit radiculaire récessal et foraminal. Une radiographie EOS effectuée le 8 février 2017 ne montrait pas de signe de scoliose significative ni de dysbalance sagittale. Dans le cadre de l'examen clinique, la force était conservée à tous les groupes musculaires des membres inférieurs ; il y avait une discrète hypo-sensibilité dans le territoire L5 gauche ; la palpation lombaire était indolore ; la mobilisation était extrêmement douloureuse ; le patient portait un corset et, lorsqu'il l'enlevait, les douleurs rachidiennes se réveillaient ; les réflexes étaient vifs. Une spondylodèse pourrait être proposée, mais il semblait préférable de poursuivre le traitement conservateur vu son jeune âge.

32. Dans des rapports des 21 avril et 26 mai 2017, des médecins, en particulier le docteur J_____, du service de rhumatologie, consultation spécialisée du rachis des HUG, ont posé le diagnostic de lombosciatalgies sans éléments pour une origine radiculaire actuellement, dans le cadre d'un syndrome lombovertébral chronique, à haut risque de chronicisation (9/9). L'assuré avait arrêté de nombreuses activités plaisantes en raison de ses douleurs et il décrivait ces dernières comme une « entité à part entière ». Les activités qu'il accomplissait encore étaient liées à des craintes importantes. Il arrivait à garder une autonomie pour les soins personnels. En outre, selon le rapport du 21 avril 2017, il semblait important que le patient, qui indiquait notamment ressentir une douleur au dos extrême, continue sa prise en charge psychiatrique, de sorte qu'était proposée, vu son anxiété importante, une discussion quant à l'introduction d'un traitement spécifique, et, selon le rapport 26 mai 2017, l'assuré présentait une détresse psychique importante, qui s'exprimait au travers de sentiments de colère, de découragement, de culpabilité et de dévalorisation, une perte de plaisir, un catastrophisme et des « idées noires par le passé, actuellement plus présentes », qui se manifestait par un état dépressif d'entité modérée et qui motivait la prescription d'un traitement de Cymbalta, dont l'efficacité devrait être évaluée par son médecin psychiatre.

À teneur d'un rapport établi le 27 octobre 2017 par des médecins de la même consultation, en particulier le Dr J_____, l'assuré, après le suivi du programme multidisciplinaire de prise en charge pour les maux de dos (comprenant de la physiothérapie à sec et en piscine, de la psychomotricité, de l'ergothérapie et un groupe de parole hebdomadaire) de ladite consultation du 31 juillet au 11 septembre 2017, n'avait pas noté de changement au niveau de ses douleurs mais une amélioration de sa fonction ainsi qu'une meilleure gestion de la douleur et du stress. L'objectif d'augmenter son confort à l'habillage à 6-7/10, contre 1/10 au départ, était partiellement atteint, avec un confort de 5/10 à l'habillage vers le bas. Ledit programme lui avait permis de sortir de son isolement et d'échanger avec d'autres personnes dans la même situation et d'explorer d'autres pistes pour la prise en charge de son problème.

33. Dans un rapport du 29 juin 2018, le Dr E_____ a retenu une pathologie chronique, consistant en une atteinte rhumatologique et psychosomatique et rendant impossible toute activité normale de travail.

34. Dans un rapport du même jour, la Dresse H_____ a fait état d'un épisode dépressif sévère (F32.2), lequel rendait habituellement la personne qui en souffrait incapable de poursuivre ses activités sociales professionnelles ou ménagères. Il était traité par des séances hebdomadaires de psychothérapie et un médicament antidépresseur. Les limitations fonctionnelles liées à son atteinte psychique et incapacitantes étaient liées à sa lassitude, sa tristesse, son désespoir (qui était dû aux douleurs et qui l'avait conduit plusieurs fois à vouloir en finir avec la vie), des tensions nerveuses allant jusqu'à la panique envahissante. Ses troubles du sommeil (avec cauchemars) et ses douleurs l'empêchaient de se concentrer, ce qui réduisait la capacité du

patient à soutenir une conversation. Il avait un sentiment de culpabilité profond, sans savoir ce qu'il devait se reprocher et se sentait brisé. De plus, il se plaignait de troubles de mémoire. Concernant ses activités quotidiennes, il devait se forcer à prendre sa douche, ce qu'il n'arrivait à faire qu'une fois tous les deux jours ; il n'avait plus de loisirs, n'arrivant plus à se concentrer ni pour lire ni pour regarder la télévision ; sur conseil de ses thérapeutes, il essayait de faire des marches ; il allait rarement chercher ses enfants à l'école ; il n'arrivait pas à soutenir son épouse pour des tâches ménagères.

35. Par avis du 9 novembre 2018, le SMR, sous la signature de la doctoresse K_____, a requis la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, avec volets psychiatrie, médecine interne et rhumatologie, qui a été confiée au Centre médical expertises CEMEDEX à Fribourg.
36. Selon un rapport du Dr E_____ du 11 janvier 2019, « [les douleurs lombaires de l'assuré], la détérioration physique, un état maladif dégénératif, une oppression thoracique et des palpitations, l'échec des traitements en dépit de la motivation et des efforts du patient, ainsi que les traumatismes psychiques, des symptômes psychotiques, le stress, l'angoisse, la peur, l'anxiété, la dépression ainsi que l'isolement social » rendaient persistants les syndromes biologiques, psychologiques et sociaux. Ces syndromes douloureux se manifestaient avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail de l'intéressé ne pouvait pratiquement plus être exigée et serait même insupportable pour la société. L'invalidité était irrémédiablement installée.
37. À teneur d'une attestation du Dr E_____ du 15 mars 2019, la complexité et l'ampleur de l'atteinte par les troubles physiques lombosciatalgiques chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire et sur discopathie L4-L5 et L5-S1 entraînaient objectivement des douleurs (mécaniques avec une irradiation au niveau du membre inférieur gauche) d'une telle sévérité qu'elles portaient atteinte à l'aptitude fonctionnelle notamment pour les déplacements. Le patient présentait une raideur très importante à la mobilisation dans tous les axes, portait un corset et marchait à l'aide d'une canne, ce qui rendait un déplacement à Fribourg (en vue de l'établissement de l'expertise) objectivement impossible, sauf avec une aide (par exemple un service de taxi pour personnes handicapées) pour organiser son transport vers cette ville. Une alternative géographique devait être envisagée.
38. Le 12 juillet 2019, le CEMEDEX, sous la plume de trois médecins experts, a rendu son rapport d'expertise pluridisciplinaire.
 - a. Dans l'évaluation consensuelle ont été posés les diagnostics suivants : au plan somatique, une discopathie protrusive sans image de conflit disco-radiculaire en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une discopathie C3-C4 et C5-C6 ; au plan psychique, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) de même que d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité narcissique ; F60.8).

A été retenue une capacité de travail entière dans l'activité antérieure de l'assuré (agent d'assurance) ainsi que dans toute autre activité adaptée.

b. Aux plans des formations et des expériences professionnelles, il a été relevé par les experts que, depuis 2015, l'assuré avait créé un label à son nom ainsi qu'un site internet. Il avait adhéré à un parti et s'était porté candidat pour l'élection au Grand Conseil du 15 avril 2018, utilisant à cette fin ses nombreux contacts et communiquant sur Twitter et WhatsApp. Il s'était vu délivrer par l'État de Genève une licence de détective privé, grâce à laquelle il recevait des mandats consistant à chercher des clients avant de sous-traiter les investigations à des détectives privés « de terrain ». Il était inscrit auprès de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (ci-après : FINMA), en tant qu'intermédiaire financier, ce qui lui permettrait de proposer des produits bancaires. Il souhaitait aussi s'orienter vers la fusion/acquisition de sociétés en Suisse, en se spécialisant dans la recherche d'informations pour des clients. Il était par ailleurs assidu auprès d'une association de parents d'élèves et avait des activités auprès d'un syndicat.

c. À teneur de la partie « expertise psychiatrique » établie par le docteur L_____, à la suite d'un examen de l'expertisé le 17 avril 2019 de 08h30 à 10h00, celui-ci a notamment déclaré être triste tout le temps depuis son accident de 2015, avec des sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement, de même que des idées noires, et avoir sans arrêt une tension nerveuse, une irritabilité à cause de ses douleurs et de sa situation, ainsi qu'une phobie de rencontrer les gens.

Lors de l'examen, l'expert en psychiatrie n'a constaté aucun signe de trouble psychique, notamment aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension ou de la mémoire des faits récents ou anciens. Il a toutefois retenu, depuis l'accident de 2015 et le licenciement d'un poste bien rémunéré, l'existence d'une personnalité narcissique, l'assuré ayant une idée très élevée de sa propre importance avec une tendance à surestimer ses compétences et réalisations et à vouloir que ses désirs soient automatiquement satisfaits, par exemple par l'AI pour les projets qu'il lui avait présentés, de même qu'un besoin excessif d'être reconnu et admiré et un manque d'empathie. Les symptômes physiques secondaires aux deux accidents (de 2009 et 2015) étaient majorés et entretenus par sa blessure narcissique ; l'expertisé adoptait une attitude histrionique, recherchant l'attention de l'expert et avait des plaintes surajoutées sans substrat somatique ; il réagissait par un sentiment de détresse face à la douleur, avec une insatisfaction par rapport aux traitements effectués jusqu'alors ; il y avait une motivation claire de recherche de compensation financière à la suite de son accident, l'intéressé pensant que cela pourrait panser sa blessure. Cette dernière était accentuée par les douleurs.

Selon l'expert, les plaintes de l'expertisé n'étaient ni plausibles, ni cohérentes, eu égard à l'entretien ainsi qu'à ses activités journalières. En effet, l'attitude de l'assuré était théâtrale et démonstrative, avec un langage recherché et une volonté d'attirer l'attention de l'expert, et ses propos étaient peu crédibles. De plus, il y avait plusieurs contradictions, l'expertisé disant qu'il n'avait pas de projets de vie,

alors qu'il s'était présenté comme candidat d'un parti politique à l'élection au Grand Conseil du 15 avril 2018, avait créé un site sur internet et développait des projets afin de pouvoir travailler pour autant que l'AI puisse l'aider.

L'assuré présentait des ressources psychologiques suffisantes avec des capacités aux plans des compétences, une faculté de prendre des décisions, de la mobilité et des rapports sociaux, mais sa capacité de résistance et d'endurance était quelque peu limitée à cause de la douleur et des effets secondaires des médicaments. D'un point de vue psychiatrique, il avait toujours été capable de travailler à 100 % dans son ancienne activité ou une autre activité adaptée ; il n'y avait aucune contre-indication à ce qu'une mesure de réadaptation soit effectuée.

d. D'après la partie « expertise de médecine interne générale » réalisée par le docteur M_____ après un examen du 17 avril 2019 de 10h00 à 11h30, pour ce qui était des activités quotidiennes et en partie grâce au programme multidisciplinaire des HUG de prise en charge pour les maux de dos, l'assuré se levait habituellement vers 07h00, faisait sa toilette et s'habillait lui-même. Il effectuait une marche puis s'allongeait. Il ne mangeait pas, n'ayant pas d'appétit. L'après-midi, il s'allongeait ou voyait ses médecins. Il n'avait pas d'activité le soir. Il se couchait vers 02h00 ou 03h00 du matin, pour une nuit agitée avec des cauchemars et des « flashes ». Il n'avait pas d'activité de loisir particulier, pas de jardinage, pas d'activité sportive, mais un peu de lecture et de télévision. Les autres activités consistaient à penser à créer une activité à un taux de 20 %. Il effectuait ses déplacements en voiture pour emmener son fils à la piscine, ce qui lui prenait environ quinze minutes. Excepté quelques heures de travail d'une femme de ménage, c'était son épouse qui s'occupait des tâches ménagères (repas, commissions, etc.) et des enfants.

Seuls des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient retenus par l'expert, dont des migraines, qui ne faisaient pas l'objet d'un traitement de fond en l'absence de crises invalidantes.

Il existait des incohérences entre le comportement de l'expertisé et la symptomatologie décrite en particulier sur le plan algique, celui-ci manifestant des douleurs intolérables rachidiennes mais gesticulant et se déplaçant tout au long de l'entretien sans aucune difficulté de mobilisation.

e. Selon la partie « expertise rhumatologique » effectuée par le docteur N_____ à la suite d'un examen le 17 avril 2019 de 14h00 à 15h30, l'assuré présentait une douleur lombaire basse irradiant dans la fesse gauche « comme des palpitations », la face latérale de la cuisse gauche, la face latérale de la jambe gauche et le dessous du pied gauche, tout en avouant que cette douleur s'était nettement atténuée et qu'il était surtout gêné par des impressions de tremblements. C'était surtout la douleur lombaire qui le faisait souffrir, mais il ne pouvait pas en déterminer les causes de déclenchement si ce n'était la toux. Cette douleur apparaissait aussi la nuit, et l'assuré mettait beaucoup de temps pour s'endormir, dormant en général de 01h00 ou 02h00 du matin environ jusqu'à 07h00. Celui-ci indiquait que la durée de

marche, à l'intérieur et à l'extérieur, était limitée à quinze minutes, exclusivement avec une canne qu'il portait à droite, et qu'il pouvait conduire sa voiture automatique durant quinze à vingt minutes. Il disait que ses douleurs étaient aléatoires, avec un jour où il allait bien, un autre où il allait moins bien.

L'expertisé avait été très correctement traité au plan médical et avait bénéficié de sept IRM. Il ne faisait rien chez lui. Par ailleurs, il avouait que son état physique s'améliorait et qu'il était sûr d'aller mieux.

Sous l'angle de l'«évaluation de la cohérence et de la plausibilité», l'examen clinique effectué lors de l'examen de l'expertisé était, d'après le Dr N_____, tout à fait cohérent par rapport à l'absence de signe compressif selon la dernière IRM (celle des radiologues des HUG du 18 janvier 2017). Il n'y avait en effet aucune compression neurologique clinique ou radiologique ; le fait que l'assuré se considérait comme obligé de marcher toujours avec une canne était ainsi dénué d'explication objective. Celui-ci s'était, lors de l'examen clinique, bien levé au bout de vingt minutes d'une position assise, conformément à son discours, mais il était ensuite resté debout, statique et sans bouger, appuyé sur sa canne, pendant au moins vingt à trente minutes, alors qu'il affirmait que le piétinement ne pouvait pas durer plus de cinq minutes. Il se mettait à quatre pattes pour ramasser sa canne, alors qu'il se déshabillait et s'habillait, en position assise, en penchant largement le buste en avant ou en relevant les jambes pour mettre son pantalon. Il avait subi un accident sans incidence sur le rachis lombaire puisque l'IRM, dans les suites immédiates, n'avait pas montré de modifications, ce qui était confirmé par le caractère bénin de l'accident selon l'étude cinétique (du 11 août 2015 ; différence de vitesse « delta-v » de son véhicule consécutive à la collision se situant à environ 6,8 km/h). Il y avait donc des incohérences entre l'examen, les constatations objectives et l'attitude de l'expertisé.

Les limitations fonctionnelles consistaient en un effort de soulèvement limité à 10 kg et un port de charge limité à 15 kg, et pas de porte-à-faux du buste ni de position à genoux ou accroupie.

39. Dans un « rapport final » du 6 août 2019, la Dresse K_____ du SMR a indiqué ne pas avoir de raisons de s'écarter des conclusions, motivées et cohérentes, des experts. Hormis une incapacité de travail non durable du 3 mars au 1^{er} juin 2015 et une période d'incapacité de travail de quatre à six semaines à la suite de l'arthroscopie du genou réalisée le 30 avril 2016 sans complications, elle a retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle et une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
40. Faisant suite à un projet de décision du 9 août 2019 de l'OAI reconnaissant une incapacité de travail du 3 mars au 1^{er} juin 2015 mais rejetant la demande de prestations, l'assuré, représenté par un syndicat, a, par écriture du 28 août 2019, sollicité des avis médicaux complémentaires, en particulier une contre-expertise menée par un rhumatologue et un psychiatre de son propre choix.

Selon lui, ledit office s'était fondé sur les avis des experts sans préciser pour quel motif il les avait retenus plutôt que ceux des Drs H_____ et E_____, voire ceux des médecins des HUG en 2017.

Par ailleurs, l'assuré n'avait eu ni le temps ni la confiance pour se livrer à l'expert psychiatre, le Dr L_____, pendant le seul entretien avec lui, qui n'avait pas duré 02h30 (recte : 01h30) comme indiqué dans le rapport d'expertise, mais environ 45 minutes, lors desquelles ledit expert avait fortement critiqué la Dresse H_____. Au surplus, le Dr L_____ avait écourté l'entretien et n'avait pas évoqué dans le rapport d'expertise le courrier adressé le 3 juin 2019 au CEMEDEX par la Dresse H_____. Celle-ci y répondait à des questions des experts et reprenait pour l'essentiel les constatations relatives aux limitations fonctionnelles contenues dans son rapport du 29 juin 2018 ; la dépression sévère du patient résistait malgré tous les traitements suivis, lesquels n'avaient pas d'effet suffisant ; l'impact psychique de ses syndromes douloureux, totalement invalidant, se manifestait avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne pouvait pratiquement plus être raisonnablement exigée de sa part et serait elle-même insupportable pour la société.

Le Dr N_____ n'avait quant à lui pas pris en considération ses plaintes sur ses douleurs, ce sans lui demander d'enlever son corset et en préférant se baser sur son attitude durant l'entretien qui démontrerait des incohérences avec l'examen et les constatations objectives. Or l'assuré n'adoptait pas la même attitude tout au long de la journée dans sa vie quotidienne, et il réfutait être resté debout, statique et sans bouger durant trente minutes, ce qui paraissait d'ailleurs improbable lors d'un entretien médical à l'exception d'un besoin spécifique du médecin d'ausculter le patient en position debout. De plus, le Dr N_____ ne mentionnait à aucun moment la comorbidité psychiatrique, très prononcée et d'une durée considérable, la chronicisation des douleurs sur plusieurs années et l'échec du traitement ambulatoire des douleurs au rachis malgré sa coopération. Enfin, l'entretien avec cet expert n'avait pas duré 01h30 mais 01h00 seulement.

La durée des entretiens avec ces deux experts pouvait être vérifiée auprès de celui qui, mandaté par l'AI, l'accompagnait lors de l'expertise.

41. Par décision du 26 septembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, celui-ci n'apportant aucun élément probant propre à remettre en cause les conditions de l'expertise effectuée au CEMEDEX.

L'incapacité de travail de 100 % reconnue du 3 mars au 1^{er} juin 2015 ayant duré moins d'une année, les conditions du droit à la rente n'étaient pas réunies.

Il n'y avait pas de nécessité d'une orientation professionnelle, vu le large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services ainsi que le nombre significatif des activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'intéressé.

La condition de 20 % de perte de gain requise pour un reclassement professionnel n'était pas réalisée.

Pour le surplus, l'assuré présentant une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, des mesures de réinsertion, qui constituaient une étape préparatoire aux mesures d'ordre professionnel, ne pouvaient pas entrer en ligne de compte.

42. Par acte expédié le 30 octobre 2019 à l'adresse précédente de la chambre des assurances sociales mais avec indication de la case postale exacte, puis, après renvoi à l'expéditeur, à nouveau posté le 6 novembre 2019 à la bonne adresse, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant, « avec suite de frais et dépens », à ce que la chambre des assurances sociales, à titre préalable, ordonne son audition et celle des docteurs O_____, P_____, Q_____, E_____ et H_____, au fond, annule la décision attaquée, procède à un calcul du degré d'invalidité et lui octroie des mesures d'ordre professionnel, notamment un reclassement, si son degré d'invalidité le justifiait.

Les griefs contenus dans son écriture du 28 août 2019 étaient repris et de nouveaux rapports médicaux étaient produits.

Selon un rapport du 14 octobre 2019 du Dr O_____, rhumatologue FMH qui exerçait au Groupe médico-chirurgical de Chantepoulet et avait donné des soins à l'assuré, les discopathies ressortant des IRM effectuées par le passé entraînaient des douleurs lombosciatalgiques chroniques à répétition, non améliorées par les différents traitements entrepris (y compris les injections hebdomadaires). Les examens cliniques montraient effectivement des sciatiques persistantes avec un Lasègue à 70 % des deux côtés. Aucune investigation n'avait été effectuée après l'accident de 2015 sur les distorsions de la colonne vertébrale (coup du lapin) qui pouvaient engendrer des troubles même en l'absence de déficits fonctionnel et organique ; il fallait néanmoins partir du principe que, du fait de l'impact de cet accident, même à faible vitesse, existaient des micro-lésions. Le patient, qui était globalement calme et collaborant, marchait avec l'appui d'une canne et portait un corset lombaire. Il était difficile d'envisager une chirurgie. Les douleurs lombaires chroniques allaient probablement s'améliorer avec le temps sans que l'on puisse fixer une date précise. Étaient cités les rapports des médecins des HUG de 2017 précités, en particulier du service de rhumatologie, consultation spécialisée du rachis. La description des symptômes et des troubles, telle que ressortant des rapports desdits médecins des HUG, de même que les indications du patient étaient cohérentes avec les résultats des examens cliniques. Il était à noter que celui-ci était inactif depuis le 3 mars 2015 et présentait un déconditionnement physique sévère, et il n'avait eu accès à aucune mesure de réinsertion et/ou de réadaptation professionnelle. Actuellement, compte tenu de la pénibilité sur le plan tant rhumatologique que psychique ainsi que de l'absence de stabilité de l'état de santé, il était difficile d'envisager une reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, même adaptée, sur le marché du travail. En revanche, une activité indépendante autour de 10 à 20 % telle que décrite par l'assuré dans son modèle de

business plan lui permettrait de s'exercer à l'endurance et de s'intégrer dans la vie professionnelle d'une façon progressive en adaptant son taux et son horaire de travail.

Dans un rapport du 21 octobre 2019, le Dr P_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui soignait l'assuré depuis le 13 septembre 2019, a convenu que lors de l'établissement de l'expertise, celui-ci ne présentait manifestement pas cliniquement de symptômes cardinaux d'un trouble dépressif majeur actif, mais a regretté que l'anamnèse de l'expert psychiatre ait écarté sans discussion ce diagnostic qui avait été posé par sa thérapeute entre 2015 et 2018, même s'il était en phase de rémission sous traitement (notamment médication antidépressive continue). Le même regret s'appliquait à l'état de stress post-traumatique diagnostiqué en 2015 par la Dresse H_____, l'absence de symptomatologie active objectivable en 2019 n'autorisant pas à nier sa réalité antérieure et son impact sur la capacité de travail. Était contestée la validation des diagnostics F60.8 et « F62 » (sic) du Dr L_____. Le diagnostic de trouble de la personnalité narcissique (F60.8) était erroné, des mécanismes de défense ou des traits narcissiques mais infra-liminaires au trouble de la personnalité pouvant tout au plus être retenus. Le diagnostic éventuellement plus pertinent en terme de trouble de la personnalité était celui de personnalité histrionique (F60.4) (dans sa présentation masculine), qui engloberait même le diagnostic de majoration des symptômes physiques telle que décrite par ledit expert. Était en revanche très pertinent le diagnostic de trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique (F62.8). Il convenait de s'interroger objectivement sur la tendance systématique à minorer l'incapacité de travail de l'assuré, par l'illustration factuelle de sa capacité de conduire ou d'avoir élaboré sur plusieurs mois des projets professionnels ou de représentation politique, qui ne démontraient aucunement une capacité à assumer des tâches professionnelles complexes ou gérer des relations avec la clientèle. Les limitations psychiques actuelles étaient en lien avec la modification de la personnalité (F62) et le profond et prolongé déconditionnement socio-professionnel, constituant un frein certain à une capacité de travail en activité adaptée en termes d'endurance au stress ou d'adaptation aux contacts interpersonnels. Le patient ne pourrait pas, vu cet état psychique et avec la comorbidité lombalgique chronicisée, être en capacité effective de travailler sans pouvoir bénéficier préalablement d'un stage de réentraînement et d'endurance dans le cadre de mesures professionnelles, visant en particulier à rétablir sa confiance et sa motivation durablement entamées par ses cognitions dépressives et les suggestions pessimistes de ses médecins.

À teneur d'un rapport du 21 octobre 2019 de la Dresse Q_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et hypnose médicale, qui, sur proposition du Dr J_____, suivait l'assuré depuis le 14 décembre 2017 par une thérapie basée sur le dialogue ainsi que la pratique de l'hypnose et l'enseignement de l'auto-hypnose, celui-ci mettait tout en œuvre pour profiter des moments hypnotiques, mais le confort atteint en hypnose était peu durable et plus le temps passait, plus l'impact négatif de la

douleur sur l'humeur était évident. Les projets du patient, à petite échelle, en lien avec le monde professionnel tout comme sa pleine participation à l'éducation de ses enfants étaient actuellement les principaux moteurs de son existence.

43. Dans sa réponse du 2 décembre 2019, l'OAI, considérant que le recourant n'avait apporté aucun élément probant permettant de remettre en question les conclusions de l'expertise du CEMEDEX et du SMR, a conclu au rejet du recours.

Dans un avis du même jour, la doctoresse R_____, du SMR examinait les trois rapports produits par l'assuré avec son recours en les confrontant avec le rapport d'expertise et concluait qu'ils ne modifiaient pas les conclusions de son « rapport final ».

À teneur du dossier de l'OAI produit, notamment du curriculum vitae du recourant, celui-ci avait obtenu, entre 1991 et 2008, au Maroc, un diplôme de technicien spécialisé en informatique de gestion, en Suisse, un diplôme de généraliste en marketing, un diplôme of advanced studies (DAS) de l'Université de Genève, Post Graduate en management international des affaires, enfin un certificat de l'Institut supérieur de formation bancaire (ISFB), sis à Genève, de formation continue en financement du négoce international. En 2006, il s'était vu délivrer par la FINMA une autorisation d'exercer la profession d'intermédiaire d'assurance. En octobre 2016, il avait reçu de l'État de Genève les autorisations d'exercer les professions d'agent en fonds de commerce, de détective privé et d'agent de renseignements commerciaux.

44. Par réplique du 11 décembre 2019, l'assuré a persisté dans les conclusions de son recours.

Au titre de « faits complétés », ses activités de ces derniers mois avaient consisté en des démarches administratives pour l'obtention des accréditations d'agent d'affaire, la création d'un site web, et même pour sa candidature au Grand Conseil. Cela étant, il n'avait animé aucun stand pour la campagne électorale et toutes ces démarches avaient été effectuées par courriels et tard le soir, lorsqu'il ne parvenait pas à dormir à cause des douleurs ou des angoisses. Il ne conduisait sa voiture que très occasionnellement, lorsque son état le lui permettait, compte tenu des médicaments qu'il prenait.

S'agissant des griefs, les expertises des Drs B_____ et D_____, de la Clinique Corela, étaient contestées, de même que les avis du Dr G_____ et du SMR qui étaient influencés par celles-ci.

Le test sanguin réalisé pour les experts du CEMEDEX était positif aux médicaments, ce qui prouvait qu'il était sous l'effet des antidouleurs en forte dose.

La baisse importante de revenus depuis 2009 et sa dépendance des prestations de l'aide sociale n'étaient nullement dans son intérêt.

45. Dans sa duplique du 7 janvier 2020, l'OAI a maintenu sa position.

46. Le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai au 4 février 2020 qui lui avait été octroyé par lettre du 14 janvier 2020 de la chambre des assurances sociales pour formuler d'éventuelles observations.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Vu les conclusions du recours, le litige porte sur la légalité de la décision de l'intimé de refuser au recourant toutes prestations, plus précisément des mesures d'ordre professionnel, notamment un reclassement, au sens de l'art. 8 al. 3 let. b LAI.

Il sera fait application de la jurisprudence constante selon laquelle le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2), ce qui est le cas de l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier.

6. a. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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^{er} janvier 2008).

b. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

7. a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation 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). L'art. 8 al. 1bis LAI, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, précise que le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. À teneur de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

b. En vertu de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). L'art. 6 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le

début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain.

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a).

c. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1 LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

d. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAI, le droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et aux mesures d'ordre professionnel prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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 ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

b. Depuis le prononcé de deux arrêts du Tribunal fédéral du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; ATF 143 V 418 consid. 6, 7 et 8).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale conformément à l'ATF 141 V 281 peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3)

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3)

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

9. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
- b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).
- c. 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 LPG), 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).

d. 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).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en

cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

e. 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 b; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. En l'espèce, contrairement à ce qui vaut pour le droit à la rente qui 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 – en l'occurrence le 6 juillet 2016 – (art. 29 LAI), des mesures d'ordre professionnel, notamment un reclassement, ne peuvent être octroyées que pour le futur, de sorte que les faits éventuellement constitutifs d'une incapacité de travail antérieurs au prononcé de la décision querellée ne pourraient en tout état de cause pas entraîner dans le cas présent la naissance d'un droit à des prestations de l'AI à titre rétroactif.
11. a. Pour ce qui est de la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 juillet 2019, le grief de l'assuré selon lequel les experts L_____ et N_____ ne l'auraient pas entendu suffisamment longtemps est sans pertinence, pour le motif qui suit.

La durée de l'entretien ne constitue pas le seul élément déterminant pour définir si l'expertise a valeur probante ou non. En effet, le travail de l'expert ne se limite pas à l'entretien, mais se poursuit ensuite par l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (ATF I 746/05 du 30 mai 2006 consid. 2.3 ; ATAS/1011/2011 du 1^{er} novembre 2011). Les spécialistes ne posent au demeurant aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in : Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905). Il y a quoi qu'il en soit lieu de distinguer le travail effectué par un expert, dont la mission est de répondre à un certain nombre de questions dans le cadre d'un litige plus particulièrement et à un moment déterminé, de celui mené par le médecin traitant chargé de traiter l'assuré sur une longue durée. Aussi, la durée de l'entretien importe-t-elle peu pour déterminer la valeur probante d'un rapport médical (ATAS/891/2019 du 1^{er} octobre 2019 consid. 16).

b. Par ailleurs, on ne voit pas en quoi les faits allégués par le recourant à teneur desquels la durée des entretiens avec ces deux experts aurait été indiquée dans leur rapport de manière erronée comme plus longue que dans la réalité pourraient en

tant que tels remettre en cause la valeur probante dudit rapport. N'apparaît pas non plus déterminante la divergence entre la constatation du Dr N_____ selon laquelle l'expertisé serait resté vingt à trente minutes debout, statique et sans bouger, et la négation d'une telle durée dans les griefs du recourant, l'appréciation de cet expert étant basée également sur bien d'autres éléments. Au surplus, contrairement à ce que l'intéressé fait valoir, le Dr L_____ a cité le courrier de la Dresse H_____ du 3 juin 2019 (p. 10 s. de son rapport).

Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert N_____ a fait état de ses plaintes (p. 24) et rien ne permet de supposer qu'il les aurait exclues de son appréciation. Il n'a pas fondé ses conclusions uniquement sur l'attitude de l'expertisé durant l'entretien, mais a procédé aussi à un examen clinique du rachis ainsi que des membres supérieurs et inférieurs (p. 26 s.), accompagné d'une analyse des rapports médicaux des médecins qui l'avaient auparavant examiné (p. 27 s.). La question d'une éventuelle comorbidité psychiatrique entraine quant à elle dans le cadre de l'évaluation consensuelle entre les trois experts.

Pour le reste, l'assuré n'a pas contesté les constatations contenues dans le rapport d'expertise, ou il les a seulement nuancées.

En définitive, rien ne permet de considérer que le rapport des experts L_____, M_____ et N_____, qui respecte les exigences posées par le Tribunal fédéral pour la reconnaissance de la valeur probante, ne reposerait pas sur un examen objectif et complet, et aucun indice concret ne permet de lui ôter la valeur probante.

Lesdits experts concluent à une capacité de travail entière dans l'activité antérieure de l'assuré (agent d'assurance) ainsi que dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles consistant en un effort de soulèvement limité à 10 kg et un port de charges limité à 15 kg, et pas de porte-à-faux du buste ni de position à genoux ou accroupie

c. Les rapports des Drs F_____, I_____, G_____, O_____, P_____ ainsi que les médecins des HUG peuvent se voir reconnaître une valeur probante, conformément aux principes développés par le Tribunal fédéral et rappelés plus haut. À cet égard, il n'est pas établi que les Dr G_____ et le SMR auraient, sans pouvoir former leur propre appréciation, été influencés par les rapports d'expertise des Drs B_____ et D_____.

d. La question est de savoir si les avis des médecins qui ne sont pas intervenus comme experts, notamment les médecins traitants, sont ou non susceptibles de mettre en doute les conclusions des experts L_____, M_____ et N_____.

12. Le dossier, qui contient les prises de position de l'assuré et des rapports circonstanciés des médecins dont il demande l'audition, apparaît complet concernant les points pertinents et permet que la cause soit tranchée en toute connaissance de cause.

Il n'est ainsi ni utile ni nécessaire que la chambre de céans entende en comparution personnelle le recourant et, en qualité de témoins, les Drs O____, P____, Q____, E____ et H_____.

13. a. Au plan somatique, le recourant souffre, de manière incontestée, d'une discopathie protrusive en L4-L5 et L5-S1 ainsi que d'une discopathie en C3-C4 et C5-C6.

Seul le premier diagnostic peut entrer ici en considération sous l'angle de l'AI, l'intéressé se plaignant principalement de douleurs lombaires à ce niveau.

b. Les experts du CEMEDEX n'excluent pas l'existence de telles douleurs lombaires avec irradiation devenues chroniques, mais estiment qu'elles sont sans substrat somatique faute d'image de conflit disco-radiculaire et qu'elles sont majorées pour des raisons psychologiques.

Un substrat somatique n'a été constaté ni dans les rapports du Dr F_____ des 17 mars et 8 juin 2015 à la suite d'IRM et des 4 et 11 février 2016 à la suite d'arthrographies effectuées lesdits jours, ni dans le rapport du Dr I_____ du 1^{er} mars 2016, ni dans le rapport des HUG du 18 janvier 2017 faisant suite à une IRM. Le Dr G_____ a quant à lui retenu dans son rapport du 11 mai 2015 une majoration des plaintes, pour lesquelles il n'a pas trouvé de cause somatique.

Les médecins des services de neurochirurgie et de rhumatologie, consultations spécialisées du rachis, des HUG n'ont notamment pas retenu de conflit radiculaire et n'ont mentionné aucune origine somatique aux douleurs de l'assuré, et ceux plus précisément de la consultation spécialisée du rachis du service de rhumatologie apparaissent avoir fondé leurs constatations et leurs propositions pour une part essentielle sur les plaintes de douleurs du patient.

Quant au Dr O____, il part du principe que, du fait de l'impact de l'accident du 3 mars 2015, même à faible vitesse, il existerait des micro-lésions, tout en semblant relever l'absence de déficits fonctionnels et organiques à la suite de cet accident. L'évocation de telles micro-lésions ne constitue toutefois qu'une hypothèse nullement objectivée, qui est du reste contredite par l'expert N_____.

Enfin, les rapports du Dr E____, médecin traitant avec la Dresse H____, apparaissent se fonder principalement sur les plaintes du recourant, et il est rappelé que, d'après la jurisprudence, 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.

Il s'ensuit qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, aucun substrat ou origine somatique ne peut être retenu pour les douleurs de l'assuré.

c. Pour ce qui est des conséquences des problèmes lombaires, le Dr G_____ ainsi que les experts du CEMEDEX écartent une incapacité de travail du recourant, à tout le moins à partir du 1^{er} juin 2015.

Les médecins des HUG ne se prononcent pas expressément à ce sujet. Ceux du service de neurochirurgie, consultation spécialisée du rachis, font certes état d'un caractère invalidant des douleurs lombaires, mais sans évoquer un substrat somatique ni mentionner une éventuelle incapacité de travail ; quant aux médecins du service de rhumatologie, consultation spécialisée du rachis, il relève de très fortes douleurs dans leurs deux premiers rapports, puis, dans le dernier après le suivi par le patient du programme multidisciplinaire de prise en charge pour les maux de dos, ils notent une réduction des douleurs pour l'habillage vers le bas ainsi qu'un espoir d'amélioration.

L'incapacité totale de travail retenue par le Dr E_____ depuis le 1^{er} mars 2016 repose essentiellement sur les plaintes de l'intéressé, et les rapports de ce médecin traitant doivent être pris en compte avec circonspection vu son rapport de confiance avec l'assuré.

La difficulté pour le Dr O_____ d'envisager une reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, même adaptée, sur le marché du travail, ne paraît pas constituer un avis catégorique au sujet de sa capacité de travail, et cette appréciation apparaît plus reposer sur les plaintes du patient et leur contexte, à savoir la pénibilité sur les plans tant rhumatologique que psychique ainsi que sur l'absence de stabilité de l'état de santé, sans précisions concrètes, que sur des atteintes médicales dûment établies. Au demeurant, ce rhumatologue évoque une probable réduction future des douleurs lombaires.

Enfin, par surabondance, l'assuré n'invoque aucun élément suffisamment probant de nature à mettre en doute sa capacité d'accomplir certains gestes de la vie quotidienne sans difficultés majeures résultant de douleurs, comme retenu par les trois experts à la suite notamment de ses entretiens avec eux, ni la majoration des symptômes physiques, retenue dans le rapport d'expertise et non remise en cause par le Dr P_____. À cela s'ajoute une amélioration de son état du point de vue des douleurs lombaires, à tout le moins à partir du 11 septembre 2017, date de la fin du programme multidisciplinaire de prise en charge pour les maux de dos mis en place par la consultation spécialisée du rachis du service de rhumatologie des HUG. Le fait qu'il prendrait des médicaments antidouleurs en forte dose ne remettrait pas en cause ce qui précède. Partant, un caractère invalidant des douleurs lombaires de l'intéressé n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante.

En définitive, des atteintes à la santé physique du recourant ne sauraient être considérées comme une cause d'une éventuelle incapacité de travail. Il en irait de même s'il était fait abstraction de l'absence de substrat ou d'origine somatique des douleurs lombaires dont se plaint l'assuré.

14. a. Au plan psychique, les experts du CEMEDEX diagnostiquent une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) de même que d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité narcissique ; F60.8), et

ils retiennent une capacité de travail entière dans l'activité antérieure de l'assuré (agent d'assurance) de même que dans toute autre activité adaptée.

Le Dr P_____, psychiatre et psychothérapeute du recourant depuis le 13 septembre 2019, conteste ces deux diagnostics et considère comme éventuellement plus pertinent celui de trouble de personnalité histrionique (F60.4) et très pertinent celui de trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique (F62.8), qui engloberait d'éventuels traits narcissiques et même le diagnostic de majoration des symptômes physiques. Il ne retient pas d'autre diagnostic. Ces diagnostics du Dr P_____ apparaissent assez proches de ceux des experts, et ils n'apparaissent pas être d'une gravité notable. Certes, le Dr P_____ regrette que les experts aient écarté sans discussions les diagnostics de trouble dépressif majeur actif et d'état de stress post-traumatique diagnostiqués par la Dresse H_____, mais constate l'absence actuelle de symptômes objectivables en faveur de ces deux diagnostics.

b. Pour ce qui est de la question de la capacité de travail, le Dr P_____ fait état de limitations psychiques actuelles en lien avec la modification de la personnalité (F62) et le profond et prolongé déconditionnement socio-professionnel, constituant un frein certain à une capacité de travail en activité adaptée en termes d'endurance au stress ou d'adaptation aux contacts interpersonnels, et il estime que le patient ne pourrait pas, vu cet état psychique et avec la comorbidité lombalgique chronicisée, être en capacité effective de travailler sans pouvoir bénéficier préalablement d'un stage de réentraînement et d'endurance dans le cadre de mesures professionnelles.

Cela étant, d'une part, il ne ressort ni du rapport du Dr P_____ ni d'autres éléments du dossier que la modification de la personnalité diagnostiquée pourrait être d'une gravité telle qu'elle serait une cause d'incapacité de travail.

D'autre part, ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du

5 octobre 2009 consid. 2.3.1 ; SVR 2010 IV n° 9 p. 27 ; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1 ; SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

Or, en l'occurrence, le déconditionnement du recourant, qui a duré du 3 mars 2015 jusqu'à actuellement, soit presque cinq ans, ne saurait avoir eu pour cause ses douleurs lombaires, faute de substrat ou origine somatique et de caractère psychosomatique durant toute cette période. En effet, ni un trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281) ni des affections traitées de manière, telles que par exemple la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), le traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 ; ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) n'ont été diagnostiqués par des médecins ou experts ou même évoqués par l'intéressé. Quant à l'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2), il a, selon la Dresse H_____, généré une totale incapacité de travail du 1^{er} mai 2015 au 29 février 2016, mais pas par la suite, de sorte qu'il n'entre pas en considération ici, la demande de prestations de l'AI ayant été déposée le 6 juillet 2016.

Ledit déconditionnement ne saurait non plus avoir eu pour cause une dépression sévère et invalidante. En effet, ce diagnostic est posé par un médecin traitant, qui n'est pas psychiatre (la Dresse H_____), n'est pas confirmé par l'expert psychiatre et le psychiatre qui ont examiné l'assuré, et les médecins des HUG n'ont évoqué qu'un état dépressif modéré – ou moyen. Dans ces conditions, une incapacité de travail, même passée, ayant pour cause une dépression sévère ne peut pas être retenue, de sorte que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'est en tout état de cause pas nécessaire de procéder à une procédure structurée d'administration des preuves ou à un examen des indicateurs standards (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). Il est de surcroît contradictoire que la Dresse H_____, sur la base de son diagnostic, exclue pratiquement toute capacité de travail du patient, alors que ce dernier sollicite de la part de l'intimé des mesures d'ordre professionnel, lesquelles impliquent une capacité de travail à tout le moins résiduelle. Enfin, le déconditionnement subi par l'assuré apparaît pour la plus grande part d'ordre somatique. En effet, son état dépressif a été traité et est désormais guéri ; il s'est vu délivrer en 2016 les autorisations d'exercer les professions d'agent en fonds de commerce, de détective privé et d'agent de renseignements commerciaux ; il a, depuis fin 2017 ou début 2018, à tout le moins créé un site internet, été candidat à l'élection au Grand Conseil du printemps 2018, et il a participé aux activités d'un syndicat et d'une association de parents d'élèves ; les faits que ces actes auraient selon lui été accomplis tard le soir depuis chez lui et qu'une partie de ce qu'il a fait soit demeurée au stade de projets ne permettent pas de nier que le recourant, dont le « contexte social » (une famille unie) apparaît préservé pour l'essentiel, dispose encore de ressources personnelles et de capacités qui ne sont pas négligeables.

Dans ces circonstances, une atteinte à la santé mentale ou psychique, même sur la base d'une appréciation globale d'éventuels différents troubles, ne peut pas non plus être retenue comme une cause d'une incapacité de travail de l'assuré.

c. Par surabondance, une incapacité de travail ne peut pas non plus être retenue sur la base d'une prise en compte d'effets cumulés et réciproques de différentes affections médicales (comorbidité), qu'elles soient d'ordre somatique ou psychique.

15. Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu de mettre en cause la conclusion des experts L____, M____ et N____ selon laquelle le recourant ne présente actuellement pas une incapacité de travail, quel que soit son taux, mais au contraire une capacité de travail entière dans son activité antérieure (agent d'assurance) ainsi que dans toute autre activité adaptée.

En l'absence d'une quelconque incapacité de travail (art. 6 LPGA) et donc d'une incapacité de gain et d'une invalidité, des mesures d'ordre professionnel, par exemple un reclassement, ne peuvent pas être envisagées.

Par conséquent, la décision querellée est bien fondée et le recours doit être rejeté.

16. Vu cette issue et en application de l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge du recourant.

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Blaise PAGAN

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