

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/15/2016

ATAS/620/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 7 juillet 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Elodie SKOULIKAS

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1964, divorcé, sans formation professionnelle, a exercé diverses activités en tant que manutentionnaire, chauffeur, en dernier lieu pour la A_____ en 2006 et 2007. Depuis lors, l'assuré est en arrêt de travail et assisté par l'Hospice général.
2. Le 16 octobre 2013, l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) a reçu de l'Hospice général un formulaire de communication, détection précoce, concernant l'assuré. Il était indiqué que ce dernier était en incapacité de travail depuis janvier 2012 pour des problèmes de scoliose qui ont entraîné de gros problèmes d'arthrose. Il n'exerçait plus d'activité professionnelle depuis 2008.
3. Le 11 novembre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles / rente) en raison de ses problèmes lombaires.
4. Invité à rendre un rapport, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin de famille, a informé l'OAI qu'il cherchait un collègue psychiatre qui accepte d'expertiser son patient, raison pour laquelle il ne pouvait pas faire de rapport médical qui, à lui seul, resterait incomplet.
5. Par communication du 10 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, compte tenu des éléments en leur possession.
6. Dans un rapport initial du 6 août 2014 à l'attention de l'OAI, le Dr B_____ a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un syndrome psycho-organique post-méningitique avec déficit cognitif léger et bégaiement, sans épilepsie en 1971, une personnalité évitante avec traits de personnalité dépendante, un tabagisme chronique grave actif, un cannabisme chronique actuellement continu, secondaire à l'incapacité psycho-sociale et professionnelle, des lombalgies chroniques, une discopathie majeure L2-L3 et listhésis L5-S1 de grade I, ainsi que des pieds plats. Le patient présentait également des syncopes, probablement vasovagales, depuis 2006, sans effet sur la capacité de travail. À l'anamnèse, le médecin a relevé que l'assuré présentait des troubles cognitifs précoces après méningite en 1971 et qu'il avait été incapable de suivre une formation après l'école primaire. Il avait vécu en foyer entre l'âge de 15 ans et 20 ans à Chevrens, puis à Thônex. Le patient avait tendance à mal négocier les conflits avec excès de franchise et fuite-renoncement à négocier une issue favorable. Il présente une double addiction tabac-THC depuis la vie en foyer à l'âge de 15 ans. La situation professionnelle s'est progressivement dégradée avec une fin de droit du chômage en 2008 et, depuis lors, le patient s'est réfugié dans la solitude ou le retrait social. Le THC calme son angoisse existentielle qui peut aller jusqu'à des ruminations suicidaires et lui permet de prendre de la distance par rapport à une grande marginalité douloureuse et socialement sans issue. La lombalgie chronique est relativement modérée, mais rédhibitoire en ce qui concerne un travail physique

lourd actuellement et pose un problème pour tout travail en force non qualifié. Professionnellement et socialement, il est évident que le patient est définitivement et de longue date en incapacité de travail totale et qu'il est inapte à la reprise d'une quelconque réadaptation professionnelle. Il est par contre envisageable de lui procurer la possibilité d'une intégration occupationnelle dans un milieu protégé exclusivement. La causalité de cette incapacité de travail totale a une base psycho-organique déficitaire comme en témoigne tout son cursus de formation et de travail, organicité qui explique aussi son trouble de la personnalité mixte. La capacité de travail est nulle depuis au minimum le 1^{er} décembre 2010 et définitive.

Le médecin a joint copie d'un courrier qu'il avait adressé le 14 juin 2006 au Président du Tribunal tutélaire – Justice de paix. Il indiquait que son patient était une personne incapable de gérer lui-même ses biens, qu'il souffrait de troubles psychiques chroniques et d'un trouble modéré du développement intellectuel, vraisemblablement séquellaire d'une méningite bactérienne dont il avait souffert à l'âge de 7 ans. Il préconisait la mise sous curatelle. Selon les pièces annexées, par ordonnance du 19 janvier 2007, le Tribunal tutélaire avait instauré une mesure de curatelle en faveur de l'assuré et désigné à cet effet Madame C_____, juriste du service des tutelles d'adultes. La mesure a été levée le 10 janvier 2012.

De nombreux rapports médicaux étaient joints au rapport du Dr B_____, notamment des documents radiologiques.

7. Par avis du 19 mars 2015, le docteur D_____, médecin du service médical régional AI (SMR), a préconisé d'organiser une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique ou un examen bidisciplinaire au sein du SMR.
8. Dans un rapport du 28 mai 2015 à l'attention du SMR, le Dr B_____ déclare avoir révisé son opinion sur les diagnostics psychiatriques et psycho-organiques de son patient. Il a donc actualisé ses diagnostics de médecine familiale et retenu un syndrome psycho-organique déficitaire après méningite en 1971 (F 07.1) avec des troubles cognitifs modérés et un retard scolaire important, aucune formation professionnelle certifiée, le patient a obtenu le permis de conduire et a besoin d'un tuteur de résilience pour étayer son comportement, il présente des traits de la personnalité évitante, essentiellement liée au syndrome psycho-organique déficitaire (F 60.6) et une lombalgie chronique, scoliose avec discopathie L1-L2 et L5-S1 avec listhésis grade I sans canal lombaire étroit ni hernie discale, une dépendance chronique au THC (F 12.25), un tabagisme chronique grave actif (F 17.24), et une hypotension et des syncopes vasovagales en 2006. Selon le Dr B_____ le patient présente à l'anamnèse une marginalisation importante, il aurait repris ses droits sur le plan du service des tutelles d'adultes en 2012. Il explique n'avoir trouvé aucun neuropsychiatre capable de faire une évaluation spécifique des troubles cognitifs de ce patient, ce qui certainement manque à son bilan médical actuel. Avec le recul, il ne pense pas que le patient présente un trouble de la personnalité significatif, mais certains traits seulement qui s'expliquent par son handicap psycho-organique et la négligence paternelle. La dépendance au cannabis,

bien que chronique et importante, ne semble pas à première vue péjorer les capacités cognitives ou d'initiative de l'assuré. Il ne voyait qu'une seule issue à cette situation autre qu'un stage d'évaluation des capacités et du potentiel d'apprentissage dans un centre d'observation de l'AI. Seule une telle évaluation sur une durée suffisamment longue pourrait permettre de clarifier si le patient a une capacité résiduelle de travail appréciable et si l'incapacité de travail se révèle majeure, alors la nécessité d'une rente AI s'imposerait. Le patient pourrait être occupé à titre de bénévolat ou dans un atelier protégé. Il a joint à son rapport le résultat d'un scanner de la colonne lombaire du 29 mai 2013 concluant à des troubles statiques du rachis lombaire associés à une discarthrose en L4-L5 et L1-L2 sans hernie discale ou signe de canal lombaire étroit.

9. L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR en date du 19 juin 2015, par les docteurs E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, Les médecins ont retenu, avec répercussion durable sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques dans le cadre d'une légère scoliose avec discarthrose sévère en L2-L3, un antélisthésis de degré 1 de L5-S1 sur lyse isthmique et une arthrose modérée à sévère des articulations postérieures. En revanche, sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué des pieds plats et une déformation des orteils en marteau, asymptomatique, et un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue.

Dans l'appréciation du cas, le Dr E_____ a relevé que l'examen clinique rassurant de la colonne lombaire contraste avec l'importante discarthrose L2-L3, l'arthrose modérée à sévère des articulations postérieures et la lyse isthmique L5 objectivée sur les clichés radiologiques. Il est vraisemblable que l'absence d'activités physiques exposant le rachis lombaire à de fortes contraintes mécaniques explique la faible symptomatologie actuelle. Malgré cet examen clinique rassurant, il convient de limiter les contraintes mécaniques sur le rachis lombaire. Il s'aligne sur l'avis du Dr B_____ lorsqu'il explique qu'un travail physique lourd est à éviter. Par contre, les limitations fonctionnelles qu'il indique concernant la position assise, la marche, le port de charges jusqu'à 5 ou 10 kilos sont trop restrictives. A l'examen, le Dr E_____ constate que la position assise est bien tolérée. L'assuré déclare qu'il peut porter des charges de 15 kilos et qu'il ne rencontre pas de limitations pour la marche. Il effectue des marches quotidiennes d'environ quatre heures pour promener ses chiens. Le médecin retient les limitations fonctionnelles suivantes : le port de charges à partir de 15 kilos, la position assise au-delà de deux heures, la position debout statique au-delà de quinze minutes, les postures en porte-à-faux lombaires, les activités penchées en avant, les mouvements répétitifs de rotation et flexions/extensions de la colonne lombaire. Il est justifié de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité de manutentionnaire. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la bonne tolérance de la position assise, la gestuelle spontanée libre, la force conservée aux quatre membres,

l'aisance pour la marche, permettent de retenir une pleine capacité de travail. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles concernant les pieds.

Sur le plan psychiatrique, le Dr F_____ relève qu'après une scolarité au cours de laquelle l'assuré aurait doublé une à deux classe(s), il a entrepris un préapprentissage à l'école de Conches durant deux ans, puis de 1993 à 2007, il a travaillé dans divers secteurs, aide de cuisine, manutentionnaire, polisseur, agent de sécurité, etc. L'assuré a présenté assez tôt dans l'enfance un bégaiement à l'origine d'exclusions et de moqueries de ses camarades. Ce bégaiement a actuellement complètement disparu, hormis les situations de tension émotionnelle intense. Sur le plan psychiatrique, l'assuré n'a jamais été suivi et n'a jamais pris de médicaments psychotropes de façon suivie. Le seul psychiatre rencontré par l'assuré l'a été à l'école de recrue. Il a décidé qu'il ne voulait plus porter de lourds sacs à dos et faire des marches forcées. Finalement, il a été convoqué au Tribunal pour rencontrer un psychiatre qui l'a vu une fois dix minutes. L'école de recrue s'est terminée ainsi sans que l'assuré ne sache précisément ce qui s'était passé. Depuis 2004, il est suivi par son médecin traitant, le Dr B_____. L'examen psychique objective un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue. Cette consommation a débuté vers l'âge de 15 ans, ce qui paraît contradictoire avec le fait que cette consommation serait secondaire à l'incapacité psychosociale et professionnelle de l'assuré. La consommation de cannabis de l'assuré, bien qu'importante, ne le limite pas dans ses activités quotidiennes et ne présente pas de caractère incapacitant. Un Mini Mental Status (MMS) a été effectué lors de l'examen, dont le score est de 27/30. Ceci confirme les éléments du status et en particulier l'absence de déficit cognitif, l'assuré se montrant bien au contraire assez agile intellectuellement et capable de traits d'humeur, de finesse. Il n'existe pas de trouble de la personnalité significatif. Le médecin n'a pas retrouvé de traits de personnalité évitante, l'assuré ayant maintenu une certaine vie sociale, en particulier dans son activité bénévole, avec ses voisins de quartier, dont il garde périodiquement les animaux. Sur le plan psychiatrique, le Dr F_____ considère que l'assuré n'a jamais présenté d'incapacité de travail durable.

Dans leurs conclusions, les médecins du SMR retiennent une incapacité de travail de 100% comme manutentionnaire non qualifié et dans toute activité sollicitant fortement la colonne lombaire depuis le 1^{er} décembre 2010. En revanche, aucune incapacité de travail n'existe sur le plan psychiatrique. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100%.

10. Par communication du 9 octobre 2015, l'OAI a informé l'assuré du refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, motif pris que son degré d'invalidité était nul.
11. Par courrier du 3 novembre 2015, l'assuré s'est opposé au projet de décision, relevant que selon son médecin traitant, il n'est pas apte à travailler à 100% dans une activité adaptée.

12. Par décision du 19 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Selon l'avis du SMR, l'assuré présente une incapacité de travail totale dans l'activité de manutentionnaire, mais dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est entière depuis toujours. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité est de 0%.
13. Par acte du 5 janvier 2016, l'assuré interjette recours, contestant la décision de l'OAI (ci-après l'intimé). Il estime que l'intimé n'a pas correctement évalué ses incapacités, tant sur le plan physique que psychique. S'agissant de ce dernier point, les constatations du SMR selon lesquelles il ne présente aucune atteinte, contredisent totalement celles de son médecin, le Dr B_____. Selon ce dernier, il souffre d'un syndrome psycho-organique avec déficit cognitif, de traits de la personnalité évitante, de cannabisme et tabagisme grave actif. Il rappelle que son médecin avait préconisé qu'il soit examiné par un neuropsychiatre qui aurait pu quantifier ses déficits. Or, les médecins du SMR ne sont pas spécialisés en neuropsychiatrie. Il conteste la force probante du rapport du rapport d'examen du SMR.
14. Par courrier du 9 février 2016, la mandataire du recourant a sollicité une prolongation du délai pour compléter le recours, l'assuré ayant obtenu l'assistance juridique.
15. Par écriture du 9 février 2016, l'intimé conclut au rejet du recours. Il considère que dans le cadre d'une expertise psychiatrique, c'est l'examen clinique qui demeure déterminant avec relevé d'une anamnèse, saisie des symptômes et observation du comportement. Or, le rapport d'examen bidisciplinaire doit se voir reconnaître pleine valeur probante et aucun élément médical objectif n'a été apporté qui permettrait de s'éloigner des conclusions qui y sont formulées. Aucun des diagnostics avancés par le médecin traitant, le Dr B_____, n'a pu être vérifié.
16. Dans son complément au recours du 2 mars 2016, le recourant, par l'intermédiaire de son mandataire, relève qu'il avait fait l'objet d'une mesure de curatelle ordonnée par le Tribunal tutélaire, dans la mesure où il était incapable de gérer lui-même ses biens au vu de ses troubles psychiques chroniques et d'un trouble modéré du développement intellectuel, et qu'il a été investigué par des spécialistes en neurologie pour des problèmes de syncopes nocturnes vagotoniques. Il se réfère au rapport médical du Dr B_____, daté du 5 janvier 2016. Le médecin s'est prononcé sur l'appréciation médicale du SMR du 6 juillet 2015, relevant que l'anamnèse psychiatrique était succincte, superficielle et que les tests des fonctions intellectuelles étaient insuffisants. Le MMS est un test de dépistage des démences de la personne âgée et ne remplace pas un testing cognitif approfondi. En revanche, le retard scolaire du patient et son placement en classe de préapprentissage suggèrent un retard intellectuel significatif. Le médecin suggère la réalisation de tests complets des fonctions cognitives, ainsi qu'une IRM cérébrale, une expertise psychiatrique confiée à un psychiatre compétent en psychotraumatologie et en neuropsychiatrie cognitive, ainsi qu'un séjour dans une institution spécialisée pour

tester concrètement ses capacités résiduelles de travail dans un très éventuel futur travail professionnel. Vu la discordance complète des médecins au sujet des troubles cognitifs, le recourant conclut, préalablement, à la mise la mise sur pied d'une expertise judiciaire psychiatrique et à l'audition du Dr B_____. Sur le fond, il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le mois de mai 2014.

17. Par écriture du 16 mars 2016, l'intimé relève qu'en ce qui concerne l'atteinte à la santé psychique, les différents certificats médicaux rédigés par le médecin traitant du recourant ne sont pas de nature à faire douter de la pleine valeur probante du rapport d'examen bidisciplinaire réalisé au SMR en date du 19 juin 2015, le Dr B_____ n'étant lui non plus pas spécialisé en psychiatrie. S'agissant de l'atteinte à la santé physique, les limitations fonctionnelles constatées lors de l'examen au SMR ne sauraient justifier une baisse de rendement supérieure à 10% dans une activité adaptée. Enfin, en ce qui concerne l'abattement supplémentaire, aucun des critères admis par la jurisprudence en la matière n'entre en considération. En 2010, année déterminante, l'assuré avait seulement 46 ans. Il ne peut pas faire valoir de longues années d'expérience dans une autre activité professionnelle. Il est de nationalité suisse et peut travailler à plein temps. L'intimé conclut ainsi au rejet du recours.
18. Par écriture du 11 avril 2016, le recourant soutient que dans la mesure où le Dr B_____ affirme très clairement que l'atteinte à la santé psychique n'a pas correctement été investiguée, il serait nécessaire de permettre à un expert indépendant de se prononcer sur cette problématique. En effet, si le Dr B_____ n'a pas de spécialisation en psychiatrie, il est à même d'émettre un avis probant sur la situation médicale de son patient. Il a sollicité un délai supplémentaire pour obtenir un avis complémentaire du Dr B_____.
19. Par courrier du 18 mai 2016, le recourant a informé la chambre de céans qu'il n'était pas en mesure de transmettre des observations médicales supplémentaires, son médecin traitant, le Dr B_____, ayant pris sa retraite. Récemment, il a été adressé à la doctoresse G_____, FMH psychiatre et psychothérapie. Ce médecin souhaitait le rencontrer à plusieurs occasions avant de pouvoir transmettre sa détermination.
20. Le 28 octobre 2016, le recourant a communiqué un rapport de la Dresse G_____ du 27 octobre 2016 selon lequel elle le suivait depuis le 13 mai 2016 pour un traitement de psychothérapie, qu'il était indispensable d'investiguer davantage un éventuel retard mental par le biais d'un bilan de QI ou neuropsychologique et qu'il souffrait d'un grave handicap psychologique, voire psychiatrique.

Le recourant a maintenu ses conclusions visant à l'ordonnance d'une expertise judiciaire psychiatrique.
21. Le 7 novembre 2016, la Dresse H_____ du SMR a rendu un avis selon lequel en-dehors d'un retrait social, la Dresse G_____ ne rapportait aucun élément suggérant une aggravation de l'état de santé depuis l'examen bidisciplinaire effectué au SMR

en juin 2015 ; il existait une contradiction entre le fait qu'un suivi psychiatrique soit déclaré comme exigible et l'absence de diagnostic posé et/ou de symptôme psychiatrique rapportés ; un retrait social isolé n'était spécifique d'aucune atteinte et pouvait tout aussi bien signer une problématique psycho-sociale, d'ailleurs relevée dans l'avis du 10 mars 2016.

22. Le 3 janvier 2017, le recourant a communiqué un rapport du 30 novembre 2016 de la Dresse G_____, laquelle déclarait compléter son certificat du 27 octobre 2016, en indiquant que l'assuré vivait dans un isolement quasi-total depuis de nombreuses années par peur du rejet, de la critique, de maltraitance pour autrui ; il utilisait le cannabis en automédication afin de diminuer le symptôme psychiatrique ; cette substance provoquait une apathie, démotivation et affectait sa mémoire et ses capacités d'assimilation intellectuelles.

A l'examen clinique, il semblait présenter une capacité intellectuelle limitée (non mesuré en raison du manque de bilan neuropsychologique), il y avait une apathie importante, des troubles de concentration et d'attention, il avait beaucoup de difficultés dans les relations interpersonnelles, en évitement et se sentant vite agressé ou avec une peur d'agresser autrui. Sa tolérance au stress était diminuée. Quand il était stressé, énervé, les troubles du langage devenaient plus importants (bégaiement) provoquant en lui une peur des réactions des autres et dans ce contexte, il pouvait perdre le contrôle de ses émotions et devenait agressif.

Les diagnostics de trouble de la personnalité évitante (F60.6), syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue (F12.25) et probable syndrome psycho-organique déficitaire après méningite étaient posés. Depuis le début du mois de novembre 2016, un traitement d'antidépresseur (Paroxétine 20 mg) ainsi que du Xanax 0.25 mg avaient été mis en place en association avec une thérapie TCC avec le but de diminuer les symptômes de son anxiété sociale et diminuer l'évitement. En parallèle, un travail motivationnel pour arrêter le cannabis était en cours.

Le pronostic était probablement mauvais vu la chronicité des symptômes. Il y avait des facteurs de risque psycho-sociaux négatifs également : perte de l'entourage social.

23. Le recourant a observé que ses problèmes psychiques étaient bien plus importants que relevé par le SMR et correspondaient à des maladies reconnues.
24. Le 13 janvier 2017, la Dresse H_____ du SMR a rendu un avis selon lequel la Dresse G_____ posait le 30 novembre 2016 des diagnostics que le Dr B_____ avait déjà mis en avant dans son rapport d'août 2014 et que la psychiatre semblait avoir repris tels quels à son compte. On ne comprenait toujours pas sur quels éléments se fondait le diagnostic de probable syndrome psycho-organique déficitaire après méningite. Lors de l'examen bidisciplinaire réalisé au SMR en juin 2015, l'évaluation effectuée par le « Dr I_____ », psychiatre, avait montré que le

status n'était pas compatible avec un déficit cognitif chez un assuré se présentant au contraire assez agile intellectuellement, capable d'humour et de finesse.

La Dresse G_____ rapportait essentiellement une apathie et un retrait social. Elle ne fournissait pas de status psychiatrique a proprement parlé et ne décrivait pas ses constatations objectives de spécialiste, fondées sur une observation du patient lors des entretiens ; elle n'apportait aucun élément tangible en faveur d'un syndrome psycho-organique ; elle parlait de « trouble de la concentration et de l'attention » sans préciser en quoi ces troubles consistaient exactement ; par comparaison avec le status psychiatrique et les observations du Dr I_____, les informations de la Dresse G_____ restaient lacunaires et ne permettaient pas d'attester une aggravation de l'état de santé depuis son évaluation ; l'examen du SMR avait principalement objectivé un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue, qui avait été débutée à l'âge de 15 ans et des lombalgies chroniques, compatibles avec une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ; l'hypothèse d'un trouble de la personnalité évitante avait été écartée chez cet assuré ayant maintenu une certaine vie sociale, et notamment dans une activité bénévole et avec ses voisins de quartier, dont il gardait périodiquement les animaux.

25. Le 24 janvier 2017, l'OAI a estimé qu'il n'incombait pas à l'assurance-accident d'investiguer des pathologies non documentées préalablement, de sorte que des investigations en neuropsychiatrie cognitive et en psychotraumatologie n'entraient pas en ligne de compte.
26. Le 23 juin 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise à la doctoresse J_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, 1202 Genève, et à Madame K_____, neuropsychologue, 1203 Genève, et leur a imparti un délai au 5 juillet 2017 pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
27. Le 5 juillet 2017, le recourant a observé qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir et requis la modification de certaines questions de la mission d'expertise.
28. Le 5 juillet 2017, l'OAI a observé, en se fondant sur un avis du SMR du 30 juin 2017, que la mise en place d'une expertise judiciaire ne se justifiait pas dès lors que figurait au dossier un rapport d'examen bidisciplinaire probant. Si une telle expertise était maintenue, il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des expertes, ni de questions supplémentaires à formuler.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
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^{er} janvier 2008).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. 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 des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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

exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison 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).

9. 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).
10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre 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).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les

médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
12. 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).

-
13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
14. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
15. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé

et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

16. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).
17. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

18. En l'espèce, compte tenu des rapports divergents, d'une part, des Drs L_____ et G_____ et, d'autre part, du Dr F_____ et du SMR, il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique et un examen neuropsychologique.
19. L'expertise sera confiée à la docteure J_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, responsable du centre M_____ 1202 Genève, et à Madame K_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, 1203 Genève.

Les questions 7aa, 7ba et 8 seront complétées par l'ajout demandé par le recourant relatif à la perte de rendement et les questions 7ab et 7bb seront supprimées, l'activité antérieure n'étant plus exigible ; pour le reste il n'y a pas lieu d'ajouter les lettres IA et IB au point II (examen neuropsychologique), l'évaluation médicale étant effectuée par l'experte psychiatre ; en revanche, il sera demandé à la Dresse J_____ et à Mme K_____ de se prononcer sur l'opportunité d'effectuer un test cognitif complet et une IRM cérébrale.

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

Statuant

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale. La confie à la doctresse J_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, responsable du centre M_____1202 Genève, et à Madame K_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, 1203 Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____, notamment les Drs B_____ et G_____.
- C. Examiner M. A_____.
- D. Prendre connaissance du rapport d'examen neuropsychologique de Madame K_____ et dire si un test cognitif complet et une IRM cérébrale sont nécessaires.
- E. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - 2. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - 3. Quelles sont les plaintes de M. A_____ ?
 - 4. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. A_____ d'un point de vue psychiatrique (diagnostics et date d'apparition) ?
 - 5. Quelles sont les limitations fonctionnelles pour chaque diagnostic ?
 - 6. Quel traitement est-il indiqué ? M. A_____ suit-il un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
 - 7. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ? Si oui :
 - a) Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie (ou un accident) qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale de M. A_____ ? Si oui, laquelle ?

- aa) Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle une incapacité de travail (y compris une éventuelle perte de rendement) et, si oui, à quel taux et depuis quelle date ?
 - ab) Une activité est-elle encore possible ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ?
 - b) Cette dépendance résulte-t-elle elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ? En d'autres termes, une atteinte à la santé était-elle préexistante à la dépendance ?
 - ba) Si oui, laquelle ? Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle en elle-même une incapacité de travail (y compris une éventuelle perte de rendement) et, si oui, à quel taux et depuis quelle date ?
 - bb) Une activité est-elle encore possible ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ?
8. Compte tenu de vos diagnostics et des conclusions du rapport d'examen neuropsychologique, M. A_____ est-il capable d'exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux (y compris une éventuelle perte de rendement) ? Depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
9. a) Etes-vous d'accord avec le rapport d'examen psychiatrique du SMR (rapport du 19 juin 2015) ? En particulier avec le diagnostic de syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue (F12.25) non incapacitant ? Si non, pourquoi ?
- b) Etes-vous d'accord avec les rapports du Dr B_____ des 28 mai 2015 et 5 janvier 2016 ? En particulier avec les diagnostics posés ? Si non pourquoi ?
- c) Etes-vous d'accord avec les certificats de la Dresse G_____ des 27 octobre et 30 novembre 2016 ?
10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- II. A. Ordonne un examen neuropsychologique. Le confie à Madame K_____, laquelle devra établir un rapport d'examen et, en particulier, dire si un test complet des fonctions cognitives et une IRM cérébrale sont nécessaires.
- III. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le