

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1565/2016

ATAS/600/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2017

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié aux ACACIAS comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Caroline KÖNEMANN

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1974, est marié et père de trois enfants nés respectivement en 1996, 1998 et 2006. Il a exercé plusieurs activités professionnelles, notamment dans la restauration et l'achat-vente de fruits et légumes jusqu'au 15 avril 2005.
2. En 1995, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation ayant occasionné des contusions multiples et une plaie au cuir chevelu. Le conducteur du véhicule duquel il était passager a perdu la vie le lendemain.
3. Le 15 février 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), dans le but d'obtenir une orientation professionnelle et un reclassement. Il a indiqué être sans emploi et présenter un trouble dépressif récurrent depuis avril 2005.
4. Dans un rapport du 1^{er} avril 2008, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte, et de traits de troubles de la personnalité (narcissique) depuis le 1^{er} janvier 2006, et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à de multiples substances psychoactives, actuellement abstinent. L'intéressé avait été suivi par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dès le 1^{er} octobre 2006, puis par ses soins à compter du 1^{er} octobre 2007. Il avait été hospitalisé à l'Hôpital de Belle-Idée à cinq reprises. Son dernier séjour avait eu lieu du 14 au 18 février 2008. Il présentait essentiellement une symptomatologie dépressive avec retrait à domicile et anxiété suite à un échec professionnel avec dettes. L'approche médicamenteuse n'avait pas permis une évolution suffisamment favorable, permettant une reprise du travail. La symptomatologie était fluctuante avec anxiété, dévalorisation importante, ruminations, et sentiment d'échec, de sorte qu'il évitait le contact en restant à domicile. Son état de santé était entretenu par l'absence d'activité et de travail, qui aggravait le sentiment de dévalorisation devant les difficultés financières de la famille. Son incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% depuis le 1^{er} janvier 2006. Il présentait des limitations fonctionnelles, soit des troubles de la concentration, une tolérance à la frustration diminuée et un rendement également diminué. Dans une activité adaptée, son rendement était diminué de 50%. Une augmentation progressive de la capacité de travail et une place de travail calme étaient nécessaires.
5. Dans un avis du 18 juillet 2008, le docteur D_____, médecin-conseil du service médical régional AI (ci-après : SMR), a relevé que si l'assuré présentait des limitations fonctionnelles, son aptitude professionnelle était conservée. En outre, une reprise d'activité serait thérapeutique.
6. Par décision du 16 octobre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, considérant que l'aptitude professionnelle était conservée, qu'une reprise

d'activité serait thérapeutique et que sa capacité de travail était pleine et entière dans toute activité. Cette décision est entrée en force en l'absence de recours de l'intéressé.

7. Le 20 décembre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, afin d'obtenir des mesures pour une réadaptation professionnelle. Il a indiqué avoir exercé la profession de chauffeur à plein temps pour le compte de E_____ SA (ci-après : l'employeur), du 1^{er} août 2008 au 31 janvier 2013. Son salaire s'élevait à CHF 4'182.45 par mois. En parallèle, il travaillait comme vider de boîte de nuit le week-end.
8. Dans un rapport du 21 février 2013, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics de trouble dépressif sévère, avec insomnies rebelles et tendances suicidaires, de dépendance médicamenteuse et à diverses autres substances, intoxications répétitives au benzodiazépines et opiacés, de comportement autodestructeur, trouble de la personnalité, personnalité borderline, de crise d'épilepsie généralisée tonico-clonique, de plusieurs tentamen, trouble de stress post-traumatique, de syndrome d'apnée du sommeil sévère, de cervico-dorsalgies chroniques, de céphalées chroniques rebelles, et de gastrite chronique.

Elle suivait l'assuré à sa consultation depuis plusieurs années. La nouvelle demande de prestations avait été déposée en raison d'une incapacité de travail de 50% du 13 juin au 1^{er} juillet 2012 et de 100% dès le 2 juillet 2012. Il était également suivi par le Dr C_____ sur le plan psychiatrique. Depuis le début 2012, l'assuré avait connu des problèmes de santé ayant nécessité de multiples consultations urgentes et des hospitalisations aux soins intensifs (neuf hospitalisations en 2012 et deux en 2013). Il avait perdu son emploi en raison de la durée prolongée de son arrêt de travail et de son incapacité à conduire un véhicule automobile. Actuellement, il restait à domicile, incapable d'effectuer une quelconque activité et complètement dépendant de son épouse qui assumait les charges familiales. Une expertise psychiatrique avait été réalisée par le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à la demande de l'assurance perte de gain de l'employeur.

9. Dans un rapport du 26 février 2013, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et en pharmacologie et toxicologie cliniques, a retenu les diagnostics de céphalées chroniques multifactionnelles, de rachialgies chroniques, de multiples hospitalisations, y compris aux soins intensifs, pour intoxication aux opiacés et aux benzodiazépines, dépendance à la cocaïne, à l'alcool et aux benzodiazépines, d'état dépressif majeur récurrent, de trouble de la personnalité borderline et de syndrome d'apnée du sommeil non appareillée. L'assuré décrivait des douleurs apparues il y a de nombreuses années, à la suite de traumatismes lors de la guerre de Bosnie, puis de deux accidents de voiture, dont le premier, en 1995, avait conduit à la mort d'un ami. L'anamnèse et le status évoquait la présence de céphalées chroniques déclenchées à la suite de traumatismes physiques et

psychiques. Actuellement, les céphalées étaient entretenues par un abus médicamenteux de Tramadol et par des apnées du sommeil pour lesquels l'assuré refusait un appareillage nocturne. Son état anxiodépressif contribuait à abaisser le seuil de tolérance à la douleur. La nécessité de diminuer la consommation de Tramadol avait été discutée avec l'assuré, dans la mesure où ce médicament n'était pas indiqué pour traiter les céphalées et où il était susceptible de provoquer des crises d'épilepsie. Il était nécessaire de modifier le traitement médicamenteux de l'assuré, et que ce dernier accepte d'arrêter de se procurer du Tramadol sans prescription médicale.

10. Le 27 février 2013, le Dr G_____ a rendu un rapport d'expertise dans le cadre des investigations conduites par l'assurance perte de gain. Il a précisé avoir basé son expertise sur la lecture du dossier, un entretien avec l'assuré, un entretien avec l'épouse de ce dernier, des examens complémentaires et un entretien téléphonique avec le Dr C_____. Il a résumé les rapports médicaux à sa disposition, exposé la situation de l'assuré et son anamnèse et rapporté ses plaintes. Il a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation continue, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, utilisation continue, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation occasionnelle. Sur la base des éléments anamnestiques, de l'examen clinique et de la lecture du dossier médical, l'assuré présentait de multiples dépendances et abus de substances. Il y avait une utilisation épisodique de cocaïne, des abus en opiacés et en sédatifs avec une dépendance au Dormicum et à d'autres benzodiazépines. A l'hiver 2012, il y avait eu une rechute de la consommation de cocaïne. Ces troubles étaient extrêmement sévères, avec une grande difficulté à contrôler la consommation de ces produits. Ces abus de substance étaient secondaires à son trouble de la personnalité. Ledit trouble était également sévère et rendait la prise en charge extrêmement difficile. Il convenait de déterminer s'il présentait un problème frontal avec une origine organique, suite à un traumatisme crânio-cérébral. L'évocation de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe devait également être évoquée. Son état psychique actuel était décompensé et mettait en échec les thérapies. Cette décompensation était apparue début 2012 et s'était accentuée depuis l'été 2012. Une annonce à l'assurance-invalidité était formellement indiquée, même si la sévérité de la décompensation psychique empêchait toutes mesures de réadaptation. L'incapacité de travail était de 100% jusqu'au 31 mai 2013. Si une reprise du travail n'était pas possible d'ici au 1^{er} juin 2013, une nouvelle évaluation serait indiquée.
11. Le 7 mars 2013, le SMR a considéré que la Dresse F_____ rendait plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré.
12. Dans un questionnaire du 15 avril 2013, l'employeur a indiqué que l'assuré avait travaillé à plein temps, soit 45 heures par semaine, en qualité de chauffeur-livreur

du 25 avril 2008 au 31 janvier 2013. Les rapports de travail avaient été résiliés en raison de son état de santé. Son salaire mensuel était de CHF 4'182.45 depuis novembre 2011. Cette activité impliquait de charger les marchandises, de conduire, de livrer les marchandises et de faire de la manutention. Sur le plan intellectuel, les exigences de concentration/attention étaient élevées et les exigences de soin, de faculté d'interprétation et d'endurance étaient moyennes.

13. Dans un rapport du 15 juin 2013, le Dr C_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique, de trouble anxieux et dépressif mixte et une personnalité émotionnellement labile sévère depuis 2012. Il a également posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de dépendance aux multiples substances, en rémission depuis mars 2013. Le Dr C_____ a exposé l'anamnèse de l'assuré et résumé son état actuel et relayé ses plaintes. Le pronostic était très réservé à moyen terme. L'incapacité de travail dans toute activité était de 100% depuis août 2012. L'assuré présentait une incapacité à se concentrer et à se motiver pour un travail, un envahissement par des symptômes qui le rendaient incapable d'avoir des activités structurées, même dans la vie quotidienne, une résistance très faible au stress et une capacité d'adaptation très diminuée, une irritabilité, une fatigue extrême et une fluctuation fréquente et sévère de l'humeur. Ses troubles étaient très résistants au traitement.
14. Le 11 septembre 2013, l'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent AVS auprès de l'OAI. Il a indiqué avoir besoin d'aide pour se lever, s'asseoir ou se coucher au moins cinq fois par mois. Ses repas devaient lui être apportés au lit pour raisons médicales au moins quinze fois par mois. Une dizaine de fois par mois, il avait besoin d'assistance pour se laver, se coiffer, se raser et se baigner/se doucher. Il avait besoin d'une aide morale et physique pour se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux. Une aide extérieure lui était indispensable, de jour comme de nuit, pour préparer et prendre ses médicaments, pour ses déplacements extérieurs, sa nourriture, ses courses, etc. Il était levé quatre heures par jour.

Un rapport du 29 août 2013 établi par la Dresse F_____ était joint à sa demande. Elle retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif sévère, avec insomnies rebelles et tendances suicidaires depuis 1995, de dépendance médicamenteuse et à diverses autres substances, intoxications répétitives aux benzodiazépines et opiacés depuis 1995, de comportement autodestructeur, trouble de la personnalité, personnalité borderline depuis 1995, de crise d'épilepsie généralisée tonico-clonique depuis 2012, de plusieurs tentamen, trouble de stress post-traumatique, de syndrome d'apnée du sommeil sévère depuis 2006, de cervico-dorsalgies chroniques depuis 1995 et de céphalées chroniques rebelles depuis 1995. Elle a également retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypertension artérielle depuis 2013, de dyslipidémie avec hypercholestérolémie depuis 2006, d'obésité depuis 2001 et d'hyperleucocytose d'origine indéterminée en investigations. La Dresse F_____ a exposé l'anamnèse de l'assuré et ses symptômes actuels (insomnies, idées noires, désir de mort et

douleurs dans tout le corps, principalement dans la nuque et le dos). Le pronostic était mauvais, dans la mesure où aucun élément ne permettait d'évoquer une amélioration de son état de santé. L'incapacité de travail était totale depuis le 2 juillet 2012. Il présentait de nombreuses limitations fonctionnelles physiques et psychiques. Il n'était pas apte à conduire un véhicule automobile. Aucune mesure médicale n'était en mesure de permettre une amélioration de ses limitations fonctionnelles. L'assuré avait besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail ne pouvait pas être attendue. Aucune réadaptation professionnelle ne pouvait être envisagée.

15. Dans un avis du 15 janvier 2014, la doctoresse I_____ du SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, pneumologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.
16. Le 20 janvier 2014, l'OAI a suivi cette recommandation et en a informé l'assuré, lui soumettant la liste des questions qu'il souhaitait poser aux experts.
17. En date du 19 décembre 2014, l'OAI a indiqué à l'assuré que l'expertise avait été confiée à la Clinique Corela, plus particulièrement au docteur J_____ pour la médecine interne générale, au docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie, au docteur L_____ pour la pneumologie, à la doctoresse M_____ pour la psychiatrie et psychothérapie, et à la doctoresse N_____ pour la rhumatologie.
18. L'assuré a été reçu en consultation par les Drs N_____ et L_____ le 19 janvier 2015 et par les Drs M_____ et K_____ le 5 février 2015.
19. Le 27 avril 2015, les experts ont rendu leur rapport.

Ils ont rappelé le contexte de l'expertise, élaboré des anamnèses personnelle, professionnelle, asséculo-logique et générale de l'assuré, relaté les plaintes de ce dernier et procédé à des analyses par diagnostics sur les plans de la locomotion, de la neurologie, de la médecine interne, de la pneumologie et de la psychiatrie.

Sur le plan locomoteur, les experts n'ont retenu aucun diagnostic. Aucune boiterie n'avait été constatée et les mouvements spontanés du rachis cervical et du rachis lombaire étaient respectés. Lors de l'entretien, qui avait duré plus de quarante minutes, l'assuré n'avait témoigné d'aucun signe d'inconfort, tant au niveau cervical qu'au niveau lombaire, alors qu'à l'interrogatoire, il signalait des douleurs cervicales et lombaires, respectivement dès dix à quinze minutes de position assise. Il présentait une obésité sévère de classe II. Les différentes imageries réalisées ne montraient aucune anomalie. Sur l'ensemble des rapports à disposition, seules des plaintes algiques étaient rapportées, et non des diagnostics lésionnels. Il ressortait du dossier une intensification des algies lombaires en mars 2014. Cependant, cela devait être mis en parallèle avec les examens cliniques. En effet, le 9 mars 2014, le Lasègue était négatif à droite comme à gauche et la palpation de la région lombaire n'était pas douloureuse. Au cours du même mois, le Lasègue avait été positif puis à

nouveau négatif. En outre, aucun trouble sensitif n'avait été objectivé. Il convenait également de relever que les plaintes changeaient de localisation, mais concernaient en tous les cas le rachis. Compte tenu des résultats normaux des examens radiologiques, aucune atteinte objective ne pouvait expliquer les douleurs alléguées. Aucun suivi spécialisé n'avait été mis en place pour traiter ces algies. De plus, la plupart des médicaments, notamment le Tramadol, avaient été obtenus sans ordonnance ce qui avait favorisé les abus et entraîné d'autres conséquences pour l'assuré. En l'absence de diagnostic lésionnel sous-jacent et compte tenu d'une dépendance aux médications par morphine, il était préférable d'éviter les anti-inflammatoires ainsi que la prise de Tramadol, et de ne conserver que des antalgiques de palier I. Une réduction pondérale était également conseillée, afin de limiter les forces de pression exercées sur le rachis cervical et le rachis lombaire. Compte tenu de ce qui précède, aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur ou toute autre activité.

Sur le plan neurologique, les experts ont retenu le diagnostic d'épilepsie en phase de stabilisation. Au jour de l'expertise, aucune plainte y relative n'était à relever, mais l'anamnèse retrouvait des événements typiques, soit l'importante fatigue postcritique aux termes de deux épisodes successifs avec perte de connaissance le 12 juillet 2012, une probable aura épileptique annonçant une nouvelle perte de connaissance, au cours d'une nuit sans sommeil, et un épisode nocturne en décembre 2012 caractérisé par des secousses des quatre extrémités, une perte des urines, une morsure de la langue et un dormeur difficile à réveiller selon son épouse. L'examen clinique ne révélait aucun signe en faveur d'une épilepsie, mais cette pathologie était totalement asymptomatique en dehors des crises. Compte tenu des éléments figurant au dossier, l'épilepsie pouvait être retenue. Au jour de l'examen, l'assuré ne prenait plus d'antiépileptique, et ce de longue date. L'absence d'une rechute de l'épilepsie passait par le maintien de l'abstinence éthylique complète et de toute prise de substance neurotoxique. Aucune lésion organique n'était retrouvée au niveau du cerveau. L'interdiction de conduire un véhicule devait être maintenue, de sorte que l'exercice de l'activité habituelle de chauffeur-livreur était contre-indiquée. Il en allait de même pour les activités de nuit, la privation de sommeil constituant un facteur favorisant les crises. L'exposition à des spots et/ou des lumières intenses et à des substances psychoactives devait aussi être évitée. Au terme de trois années sans crise ni prise de substances neurotoxiques, l'interdiction de conduire pourrait être levée. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail demeurait entière.

Les experts ont également posé le diagnostic de céphalées mixtes chroniques. Les plaintes de l'assuré étaient contradictoires en ce qui concerne les symptômes d'accompagnement. Par ailleurs, il existait une problématique de prise de substances concomitante avec les plaintes de céphalées, ainsi qu'une pathologie pneumologique pouvant, en partie du moins, expliquer leur persistance. Le diagnostic de migraine vraie ne pouvait pas être retenu, en l'absence de certains

critères, comme la photophobie ou la phonophobie. Les examens biologiques conduits le 5 février 2015 permettait de conclure à une absence d'intoxication récente aux benzodiazépines, opiacés et à la cocaïne. Les examens d'imagerie étaient sans particularité. Il s'agissait de céphalées chroniques multifactorielles, sur fond de poly-dépendance toxico-médicamenteuse, et de conséquences d'apnées du sommeil, avec hypercapnie. Il était noté la présence de facteurs d'entretien de ce mal de tête chronique, soit d'une part la tendance insomniaque, dans le cadre d'un syndrome d'apnée du sommeil, documenté par examen polysomnographique, avec le constat de phases, outre une désaturation, d'hypercapnie, considérée comme potentiellement céphalogène, et d'autre part un tabagisme chronique allant jusqu'à deux paquets par jour depuis 1995. Parallèlement, depuis lors, une consommation de substance psychoactive et d'éthyle avait été rapportée. Le dossier mentionnait quelques chutes qui pouvaient être qualifiées de peu de gravité, compte tenu de l'absence de lésion de la boîte crânienne et de son contenu sur les examens d'imagerie. Le pronostic était défavorable, compte tenu du parcours médical et médicamenteux irrégulier de l'assuré, ce dernier étant par ailleurs réticent à l'appareillage de régulation ventilatoire de son apnée du sommeil. Au jour de l'expertise, aucune limitation fonctionnelle en rapport avec les céphalées chroniques n'était retenue. A l'examen, l'assuré ne frappait pas par un état douloureux, mais par un ralentissement de son état de vigilance. Les fluctuations de l'état de vigilance relevées dans divers rapports médicaux paraissaient porteuses d'un degré incapacitant supérieur au mal de tête chronique. Elles ne relevaient pas des céphalées, mais plutôt éventuellement d'une toxicodépendance. Pour les céphalées multi-causales, les limitations étaient transitoires et se comptaient le plus souvent en heures lors des crises. Elles ne pouvaient pas faire l'objet d'incapacités de travail longues et prolongées, a fortiori d'invalidité. Ainsi, sur ce point, l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle.

Sur le plan de la médecine interne, les experts ont posé le diagnostic d'insuffisance rénale aigüe pré-rénale, status post. Il existait plus d'arguments pour évoquer une insuffisance pré-rénale, en l'occurrence la présence d'une déshydratation avec une baisse du débit de perfusion rénale, puis secondairement une réduction de la filtration glomérulaire. Cela étant, la possibilité que cette insuffisance rénale soit mixte, à savoir liée à la prise de cocaïne, ou liée à la déshydratation ne pouvait pas être écartée. Le maintien de l'abstinence à la cocaïne était conseillé, dans la mesure où cette substance était connue pour aggraver la fonction rénale. Aucune lésion organique n'était présente. L'assuré avait présenté deux épisodes d'insuffisance rénale aigüe en mars 2012 et janvier 2014. Actuellement la fonction rénale était normale, de sorte qu'aucune incapacité de travail ne découlait de ce diagnostic.

Sur le plan pneumologique, les experts ont diagnostiqué une inflammation (syndrome de détresse respiratoire aigu - SDRA), une occlusion durant le sommeil (syndrome de l'apnée obstructive du sommeil - SAOS) et une hypoventilation durant le sommeil. En ce qui concerne le SDRA, il s'agissait d'un phénomène

respiratoire ponctuel survenu dans un contexte de poly-intoxication, ayant nécessité l'arrêt de l'abus de substances psychoactives. S'agissant du SAOS, la polysomnographie de 2006 montrait un trouble relativement sévère. La polysomnographie de 2012 ne montrait plus aucune apnée obstructive ou mixte, mais exclusivement des apnées centrales. L'assuré était un tabagique actif, présentant un excès pondéral considéré comme obésité sévère de classe II. Il avait longtemps pris des benzodiazépines et autres substances. Ces facteurs favorisaient tous la survenue d'un SAOS. Quant à l'hypoventilation, elle était en lien avec la prise de Tramadol et de benzodiazépines. En 2015, l'assuré prenait toujours du Tramadol, de sorte qu'il convenait de supprimer ce médicament, puis une fois le sevrage effectif, de refaire une polysomnographie et une capnométrie nocturne pour apprécier la nécessité d'une nouvelle ventilation en milieu institutionnel. Le SDRA évoluait vers la guérison. Il s'était amendé sans séquelle significative. Le SAOS était en phase de stabilisation et s'était légèrement amélioré depuis 2006. Enfin, l'hypoventilation consistait en une perte de sensibilité des chémorécepteurs du centre respiratoire bulbaire à l'hypercapnie et à l'acidité, sans lésion anatomique identifiable. Le SAOS entraînait des limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle, dans la mesure où la conduite automobile n'était pas autorisée aux sujets ayant une somnolence excessive. En effet, les hypopnées centrales par hypoventilation durant le sommeil non traitées et symptomatiques constituaient une inaptitude à la conduite. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était pleine et entière, hormis pendant les périodes d'hospitalisation.

Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à d'autres substances psychoactives, syndrome de dépendance. S'agissant de l'éthyle et de la cocaïne, la rémission était complète. La consommation de tabac était stable. La rémission était récente pour les sédatifs/hypnotiques et les anxiolytiques. En ce qui concerne les opiacés, l'assuré se trouvait dans une possible phase de maintenance. Au jour de l'expertise, ce diagnostic était sans incidence sur la capacité de travail. Durant l'entretien, l'assuré était apparu calme, posé et attentif. Aucune instabilité psychomotrice, ni tremblement n'était relevé. La mimique faciale était normo-expressive, le ton et le débit verbal sans particularité. Au jour de l'expertise, l'assuré était abstinent à l'éthyle. L'analyse des urines avait montré l'absence d'amphétamines, de cannabis de cocaïne, d'opiacés et d'ecstasy, mais révélait un taux de benzodiazépines supérieur à 1'000 mg par litre. A partir de 2013 mais possiblement dès 2012, l'investigué avait développé un glissement d'une dépendance éthylique et à la cocaïne vers une dépendance médicamenteuse (sédatifs et dérivés morphiniques), lesquels avaient été prescrits dans le cadre des différents sevrages à l'éthyle et pour des céphalées. Concernant ce symptôme algique, ces céphalées retrouvées pouvaient initialement correspondre à une symptomatologie de sevrage à l'éthyle, corollaire de toute dépendance active à cette substance. Par la suite, la consommation excessive de benzodiazépines pouvait également avoir participé aux douleurs céphaliques décrites par l'assuré, à

l'occasion des temps de sevrage. De la même manière, les troubles du sommeil allégués avaient certainement correspondu à des manifestations de sevrage à l'éthyle, à la cocaïne et aux médicaments sédatifs durant les périodes de consommation excessive. Au jour de l'expertise, il était en situation de rémission de sa polytoxicomanie, complète en ce qui concerne les consommations d'éthyle et des cocaïne depuis le printemps 2012, selon l'assuré, et depuis deux mois en ce qui concerne les benzodiazépines. En revanche, il continuait à prendre du Tramadol et du paracétamol. Dès lors, l'explication médicale des céphalées et des perturbations du sommeil répondait d'une étiologie somatique et par le passé psychiatrique. Il s'agissait d'une dépendance primaire, laquelle n'était actuellement pas incapacitante. Aucune incapacité de travail n'était retenue, en dehors des périodes d'hospitalisation, soit du 7 au 8 novembre 1995, en 2000 à une date non précisée, en 2004 à une date non précisée, en 2005 à une date non précisée, du 25 août au 12 septembre 2005, du 9 au 13 janvier 2006, en 2006 à une date non précisée, du 14 au 18 février 2008, du 20 décembre 2011 au 10 janvier 2012, du 13 au 26 janvier 2012, du 6 au 27 février 2012, du 6 au 9 mars 2012, du 16 août au 20 septembre 2012, du 14 au 24 octobre 2012, du 29 octobre au 1^{er} novembre 2012, du 18 au 19 janvier 2013, du 20 au 27 janvier 2014 et du 18 au 26 mars 2014. En effet, aucun élément du dossier ou dans les propos de l'assuré ne permettait d'affirmer qu'il existait des consommations inappropriées de substances psychoactives revêtant un caractère incapacitant en dehors de ces périodes. Depuis début 2013, une incapacité de travail devait être retenue dans l'activité habituelle de chauffeur/livreur, compte tenu de sa dépendance aux sédatifs et dérivés morphiniques, en raison de la baisse des facultés attentionnelles et de la vigilance nécessaire à ce type d'activité. Depuis décembre 2014 et la rémission obtenue par rapport à la dépendance aux sédatifs, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. L'ensemble des hospitalisations n'étant que ponctuelles, elles ne pouvaient à elles seules motiver une incapacité de travail continue. Par ailleurs, ces séjours hospitaliers avaient intéressé diverses substances psychoactives, soit l'éthyle, la cocaïne, les sédatifs ou les hypnotiques et les opiacés. De plus, la prise d'éthyle et de cocaïne n'était pas continue. Malgré les conclusions du Dr G_____, les divers troubles présentés étaient tous primaires et, de ce fait ne pouvaient pas être considérés comme incapacitants, puisqu'il existait une exigibilité d'abstinence et que l'assuré était capable de discernement. Ce dernier était tout à fait en mesure de comprendre l'exigibilité de réduire le dommage, malgré son trouble de la personnalité, lequel avait été décompensé à plusieurs reprises dans le contexte de polytoxicomanie évoluant depuis de nombreuses années. Le fait que l'assuré soit aujourd'hui en rémission était un signe de sa capacité d'entendre et de comprendre l'exigibilité d'abstinence à laquelle il était tenu. Une interdiction concernant la conduite automobile ne pouvait pas être maintenue au jour de l'expertise, s'agissant de la prise de benzodiazépines, l'assuré étant en rémission. Elle devait toutefois être admise de janvier 2013 à décembre 2014. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était pleine et entière, sauf durant les périodes d'hospitalisation précitées.

Les experts ont également retenu un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, en phase compensée, sans incidence sur la capacité de travail au jour de l'expertise. Ce trouble était primaire, sans cause secondaire (traumatisme, pathologie) Il avait été décompensé à plusieurs reprises dans un contexte de polytoxicomanie ayant évolué de manière concomitante durant plusieurs années. Cette atteinte se manifestait surtout sur le plan du contrôle des impulsions, de l'interaction avec les autres et de la façon de se conduire dans les situations interpersonnelles. Au jour de l'expertise, il n'existait pas de plaintes intenses. L'intéressé faisait simplement état de la réalité d'une impulsivité latente, laquelle s'était exprimée à plusieurs reprises dans son histoire personnelle. Toutefois, cela ne représentait pas une souffrance particulière. En dehors des épisodes de décompensation intervenus dans le cadre de la consommation de différentes substances psychoactives, des altercations fréquentes étaient décrites. Selon l'assuré, le maintien de sa vie conjugale était à mettre au crédit des capacités relationnelles de son épouse. Les critères permettant de retenir un diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, sous-type borderline n'étaient pas remplis. Actuellement, aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue en lien avec le trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, dans la mesure où ledit trouble était en phase stabilisée et compensée. Par conséquent, aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue. Par le passé, une incapacité de travail ne pouvait être retenue que durant les périodes d'hospitalisations en 1994 et 2012 (ingestion d'une fourchette), en 1995 (ingestion massive d'éthyle et de médicaments) et en 2005 (suite à une très violente altercation). Il ne pouvait pas être affirmé que les autres hospitalisations relevées n'étaient survenues que pour des contextes d'abus ou de sevrage de substances psychoactives, puisque ces consommations avaient également pu générer des décompensations des traits pathologiques de personnalité. Cependant, ces incapacités de travail sortaient du champ de l'assurance-invalidité, puisque les périodes étudiées bout à bout ne dépassaient pas une année en raison de deux périodes de rémission conséquentes au cours du long parcours d'hospitalisation de l'assuré. Ce dernier n'avait plus présenté de décompensation de la personnalité depuis mi 2012.

Les experts ont écarté tout autre diagnostic psychiatrique, en particulier celui de trouble dépressif. Selon l'auto-questionnaire de dépression de Beck II, le trouble dépressif de l'assuré était sévère. Toutefois, ce score important s'expliquait par une certaine tendance naturelle observée chez l'assuré à l'amplification des plaintes. Par ailleurs, il était possible qu'un certain sentiment de déception relatif à sa situation actuelle, comportant un rétrécissement des activités sociales, impacte ses réponses à l'auto-questionnaire. Le score de l'auto-questionnaire relatif à l'anxiété était très élevé. Cela étant, il devait être relativisé de la même manière que le score relatif à la dépression. L'assuré ne présentait pas de tristesse endogène. Une réduction d'intérêt et de plaisir ne pouvait pas non plus être retenue, notamment en raison du fait qu'au décès de son père, il s'était rapidement mobilisé pour se rendre à

l'enterrement et retrouver les siens. Au jour de l'expertise, il alléguait un abandon total de toutes les activités de loisir et de responsabilité familiale, en lien avec ses plaintes. Dès lors, la réduction des activités effectuées ne pouvait pas être attribuée à une perte d'intérêt et de plaisir en lien avec une symptomatologie dépressive, mais découlait des pathologies somatiques rapportées. Au jour de l'expertise, l'assuré ne rapportait pas une réduction de l'énergie telle que rencontrée par le passé. Toutefois, il était possible qu'il ait fait l'expérience d'une réduction de l'énergie de manière concomitante aux prises ou à certains sevrages de différentes substances psychoactives. Cette réduction ne pouvait donc pas être apparentée à l'existence d'un épisode dépressif avéré. En dehors de certaines périodes circonscrites, il n'était pas retrouvé de perte de confiance et de mésestime de soi de nature endogène, en particulier, il n'était observé au jour de l'expertise aucune idée d'indignité, d'incurabilité ou de dégoût de soi. Malgré des regrets par rapport à ce qu'il avait pu faire endurer à sa famille avec sa consommation d'éthyle, aucune culpabilité de nature endogène n'était retrouvée au jour de l'expertise. L'assuré alléguait des difficultés majeures de concentration, empêchant toute activité de lecture depuis 2012. Toutefois, ses propos étaient contradictoires avec les observations de l'examen clinique, l'intéressé étant apparu relativement vif d'esprit et proposant un discours habile. Aucune baisse attentionnelle, ni aucun décrochage mental n'avait été observé durant l'entretien de plus de deux heures. Il avait présenté des ruminations morbides, mais aucun véritable scénario suicidaire avec caractère anticipatoire n'était signalé. Au jour de l'expertise, aucune velléité suicidaire active n'était retrouvée, il s'agissait donc d'un symptôme passé et largement influencé par les prises de substances psychoactives et le trouble de la personnalité. Si par le passé, il avait pu présenter des phases de ralentissement en alternance avec des phases d'agitation, au jour de l'expertise, il faisait preuve d'une présentation psychomotrice tout à fait adéquate, comparativement à sa présentation lors de l'expertise de neurologie (lenteurs d'idéation relevée). La tonalité comportementale était apparue congruente à la teneur des propos allégués. Un sommeil peu récupérateur et des nuits hachées avec de multiples réveils étaient allégués. Néanmoins l'assuré ne décrivait aucune rumination mentale ou problématique psychique de la lignée thymique susceptible d'expliquer ces perturbations du sommeil. Les diagnostics retenus au niveau pneumologique pouvaient expliquer les perturbations du sommeil décrites. Lors de l'entretien, les traits de l'intéressé étaient apparus reposés et le visage détendu, signant l'absence d'une asthénie cliniquement objectivable. Une discrète perte d'appétit était décrite, mais aucune perte de poids n'était objectivée. Une baisse de la libido était rapportée, sans plus de précision. Les manifestations d'allure thymique négative retrouvée par le passé pouvaient être mises en lien avec les multiples consommations de substances psychoactives. Aucun diagnostic de la lignée psychotique ne pouvait être retenu, les manifestations d'allure psychotique relevées durant certains séjours hospitaliers s'expliquant possiblement par une situation de sevrage ou d'intoxication aigüe à l'une des substances alors consommées par

l'investigué. Par conséquent, aucune limitation fonctionnelle ni aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue en lien avec ce qui précède.

En définitive, dans leur synthèse, les experts ont retenu une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur du 8 au 15 mars 2012 et du 29 janvier au 6 février 2014 (insuffisance rénale aigüe pré-rénale), dès le 2 juillet 2012 (épilepsie), du 2 au 20 septembre 2012, du 22 au 26 septembre 2012, du 18 au 19 décembre 2012 et du 18 au 19 janvier 2013 (SDRA), du 28 au 29 juin 2006 et du 12 décembre 2006 au 13 mars 2007 (SAOS), dès le 13 juin 2012 (hypoventilation), et de début 2013 à fin 2014 (troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substance psychoactives multiples et troubles liés à d'autres substances psychoactives, syndrome de dépendance). Dans l'activité de veilleur de boîte de nuit, l'incapacité de travail était de 100% et définitive, dans la mesure où ses pathologies neurologiques et pneumologiques contre-indiquaient le travail de nuit. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une profession n'impliquant pas la conduite d'un véhicule professionnel, le travail de nuit et l'exposition à des substances psychoactives ou à de l'éthyle, sa capacité de travail était pleine et entière depuis toujours.

20. Dans un rapport du SMR du 3 août 2015, la doctoresse O_____ a validé les conclusions de cette expertise, considérant que l'assuré présentait une atteinte à la santé depuis juin 2012. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était pleine et entière depuis septembre 2012. La Dre O_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épilepsie et d'hypoventilation durant le sommeil avec SAOS. Elle a également retenu les diagnostics sans pertinence pour l'assurance-invalidité de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, non décompensé, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance psychoactives multiples, syndrome de dépendance, de céphalées chroniques, de rachialgies chroniques, d'obésité et de deux épisodes d'insuffisance rénale aigüe en 2012 et 2014. Le début de l'incapacité de travail durable était fixé au 13 juin 2012. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle avait été de 50% du 13 juin au 1^{er} juillet 2012, puis de 100% dès le 2 juillet 2012. Les limitations fonctionnelles empêchaient le travail de nuit, le travail dans le milieu de la restauration et des bars et la conduite professionnelle de véhicule pendant au moins trois ans. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au mois de septembre 2012.
21. Dans un projet de décision du 14 août 2015, l'OAI a refusé à l'assuré une rente d'invalidité. Sa capacité de travail en tant que chauffeur-livreur était nulle. En revanche, rien ne l'empêchait d'exercer une autre activité plus légère physiquement, sans qu'une nouvelle formation ou qu'un complément de formation ne soit nécessaire. Son revenu avec invalidité se montait à CHF 59'088.- selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et après déduction d'un abattement de 10% tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Quant au revenu auquel il aurait pu prétendre dans son ancienne activité de chauffeur-livreur,

sans atteinte à la santé, il était de CHF 53'783.-. Son degré d'invalidité était par conséquent nul. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient donc pas.

22. Par courrier du 13 septembre 2015, le Dr C_____ s'est opposé, au nom de l'assuré, à ce projet de décision. Ce dernier a d'abord relevé la longueur de l'expertise, en particulier du chapitre consacré au volet psychiatrique du dossier, sur lequel il se prononçait. Il a ensuite estimé que l'évaluation et les opinions de l'expert étant fragmentées et noyées dans les extraits du dossier et les citations des critères diagnostiques, ce qui rendait une réponse détaillée très fastidieuse et difficile. L'approche décrite comme « analytique » par les experts comprenait l'isolement des diagnostics et des symptômes. Leurs commentaires étaient souvent répartis et morcelés, fréquemment répétitifs et parfois contradictoires et difficiles à saisir dans l'ensemble. L'impression donnée était qu'ils avaient vu l'assuré relativement calme dans leur entretien unique, et que cela avait servi de base à leur avis qui comprenait une négation généralisée de ce qui avait été observée par d'autres médecins et qui s'était passé dans l'histoire de l'assuré. Les experts attribuaient à la prise de substances la plus grande partie des troubles observés, sans argumentation. Cela était catégoriquement contesté. En effet, la prise de substances était la conséquence des troubles psychiques de l'assuré, notamment la décompensation de son trouble de la personnalité et des troubles affectifs qui en découlaient. Pour illustrer son propos, le Dr C_____ a fourni plusieurs exemples tirés de l'expertise et destinés à mettre en lumière ses contradictions ou son manque de motivation. Depuis l'expertise, l'assuré avait été hospitalisé en psychiatrie en mars, mai et août 2015, en raison de décompensations de son trouble de la personnalité. L'intéressé était actuellement hospitalisé et présentait des crises d'agressivité et d'autoagressivité. Cette crise avait été déclenchée par son incapacité de travail et ses conséquences, ainsi que par sa séparation d'avec son épouse en juin 2015. Le divorce allait intervenir le 21 septembre 2015.

Pour résumer, l'assuré présentait un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, sévère et en décompensation, qui le rendait inapte au travail sur le long terme. L'abus des substances, qui continuait épisodiquement était à prendre en compte comme partie de son trouble et de la décompensation de celui-ci. Cette prise de substances avait un caractère d'automédication et correspondait en partie aux actes autodommageables et parasuicidaires.

L'incapacité de travail était de 100% depuis 2012, jusqu'en 2016. Une nouvelle expertise psychiatrique était nécessaire.

23. Dans un avis du 18 novembre 2015, la Dresse O_____ a considéré que le Dr C_____ avait rendu plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré et requis des compléments d'instruction.
24. Dans son rapport du 28 décembre 2015, le Dr C_____ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. Malgré une certaine amélioration clinique, l'état de

l'intéressé restait très fragile et symptomatique. Son hospitalisation s'était achevée le 15 septembre 2015, mais il avait continué le suivi auprès du service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Son état était stationnaire depuis trois ans. Il présentait une instabilité permanente et des limitations fonctionnelles soit : une instabilité psychique, de l'impulsivité, une mauvaise gestion des émotions et une faible résistance au stress. Sa capacité de travail dans son activité de chauffeur-livreur était nulle, de même que dans toute activité. Son état devait être réévalué dans une année.

Le Dr C_____ a joint à son rapport un résumé d'intervention ambulatoire du département de psychiatrie des HUG du 23 octobre 2015. Le diagnostic principal retenu était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Les diagnostics secondaires de personnalité émotionnellement labile, type impulsif, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue. L'assuré était pris en charge du 8 au 30 octobre 2015 en raison d'une péjoration anxio-dépressive avec idéation suicidaire, dans le contexte de son divorce.

25. Le 2 février 2016, le département de psychiatrie des HUG a communiqué à l'OAI plusieurs documents dont :

- la lettre de sortie du 26 mai 2015 concernant l'hospitalisation de l'assuré du 12 au 16 mars 2015. Les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue et d'épisode dépressif, sans précision, ont été posés. Il s'agissait de la dix-huitième hospitalisation en milieu psychiatrique de l'assuré. Le contexte était celui d'une crise anxiodépressive dans les suites d'un épuisement dans le contexte d'un conflit familial durable. Son impulsivité était importante et son humeur très instable ;
- la lettre de sortie du 27 octobre 2015 relative à l'hospitalisation de l'assuré du 11 mai au 5 juin 2015. Les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type borderline, de trouble dépressif récurrent, sans précision et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance ont été posés. Cette hospitalisation en milieu psychiatrique était la dix-neuvième et s'inscrivait dans le contexte d'une symptomatologie dépressive liée à un conflit familial durable ;
- la lettre de sortie du 26 octobre 2015 en rapport avec la 20^{ème} hospitalisation de l'assuré en milieu psychiatrique, du 25 août au 15 septembre 2015. Les médecins ont retenu les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type borderline, de trouble dépressif récurrent, sans précision, de trouble mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, et d'apnées du sommeil. La prise en charge de l'intéressé avait été rendue nécessaire par un nouvel épisode dépressif s'inscrivant dans le cadre d'un conflit familial durable.

26. Dans un avis du 29 février 2016, la Dresse O _____ a, sur la base des documents fournis par le Dr C _____ et les HUG, admis une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès le 12 mars 2015, date à laquelle la capacité de travail était nulle dans toute activité.
27. Par décision du 20 avril 2016, l'OAI a admis la demande de prestations de l'assuré et octroyé à ce dernier une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2016, soit à l'issue du délai de carence d'une année ayant commencé à courir le 12 mars 2015.
28. Par acte du 17 mai 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire du Dr C _____, interjeté recours contre cette décision, concluant à ce que son incapacité de travail soit reconnue dès le début de l'année 2012. S'il avait effectivement été hospitalisé pour la dix-huitième fois le 12 mars 2015, son incapacité de travail avait été continue depuis 2012, essentiellement en raison d'une atteinte psychique, mais aussi, par période pour des maladies physiques associées. Cette incapacité de travail avait été reconnue par l'assurance perte de gain de son employeur, suite à l'expertise du Dr G _____.
29. Le 18 mai 2016, la chambre de céans a imparti au recourant un délai au 30 mai 2016 pour lui faire parvenir une procuration donnant pouvoir au Dr C _____ de le représenter en justice. A défaut, son recours serait déclaré irrecevable.
30. Par pli du 27 mai 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, précisé que son recours était dirigé tant contre la décision du 20 avril 2016 le concernant que contre la décision du même jour portant sur les rentes pour enfants. Il persistait dans les termes utilisés par le Dr C _____ dans son écriture du 17 mai 2016 et se substituait à ce dernier. En substance, il concluait à ce que les rentes d'invalidité fixées par les décisions du 20 avril 2016 lui soient versées dès le 2 août 2014. En effet, il avait perçu des indemnités journalières de l'assurance perte de gain jusqu'au 1^{er} août 2014.
31. Dans sa réponse du 29 juin 2016, l'intimé a conclu à l'irrecevabilité du recours, au motif que le recourant n'avait pas fourni de procuration autorisant le Dr C _____ à le représenter en justice, en particulier à déposer le recours du 17 mai 2016. La seule procuration fournie avant le 30 mai 2016 concernait le conseil du recourant, qui s'était substitué au Dr C _____.
32. Dans ses observations du 22 juillet 2016 et à la demande de la chambre de céans, l'intimé s'est également prononcé sur le fond du litige. Il considérait que les écritures des 17 et 27 mai 2016 n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation du cas. Dès lors, il concluait au rejet du recours, tout en persistant dans ses conclusions d'irrecevabilité.
33. Dans sa réplique du 22 août 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions sur le fond du litige. Sur la question de la recevabilité, il a rappelé qu'un projet de décision avait été rendu par l'intimé le 14 août 2015. Ledit projet avait été contesté par le Dr C _____ à sa demande le 13 septembre 2015. D'ailleurs, le 22 août 2015, il avait autorisé ce dernier à consulter et avoir des copies de tous les dossiers

médicaux le concernant, et à prendre des renseignements auprès des médecins qu'il avait consultés. L'opposition du Dr C_____ au projet de décision n'avait fait l'objet d'aucune contestation de la part de l'intimé quant à la validité de la procuration octroyée au Dr C_____. Ainsi, ladite procuration avait été considérée comme valable pour l'opposition et demeurerait valable pour le recours du 17 mai 2016, cela d'autant que son conseil s'était substitué au Dr C_____ le 27 mai 2016. Toute autre interprétation constituerait un formalisme excessif. Son recours devait par conséquent être déclaré recevable.

34. Dans sa duplique du 13 septembre 2016, l'intimé a intégralement persisté dans ses conclusions. Il a relevé que l'autorisation du 22 août 2015 en faveur du Dr C_____ avait trait uniquement à la consultation et à la transmission des documents médicaux. Il n'était fait aucune mention de la représentation du recourant en cas de recours. Par ailleurs, la chambre de céans avait demandé à l'intéressé de fournir une procuration en bonne et due forme, sous peine d'irrecevabilité. Dès lors, la substitution du précédent mandataire par le conseil actuel du recourant n'était pas valable, puisqu'il n'existait aucun mandataire valablement constitué lors du dépôt du recours.
35. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger.

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. a. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA).

Aux termes de l'art. 89B LPA loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; E 5 10), le recours doit comporter les nom, prénom, domicile ou résidence des parties, un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués, des conclusions, la signature et, en annexe, la décision attaquée et les pièces invoquées (cf. également art. 61 let. b LPGA).

Lorsque le recours ne respecte pas les exigences légales, un délai est imparti au recourant pour le compléter, avec l'indication qu'en cas d'inobservation, il sera déclaré irrecevable (art. 89B al. 3 LPA).

Selon l'art. 9 LPA, les parties, à moins qu'elles ne doivent agir personnellement ou que l'urgence ne le permette pas, peuvent se faire représenter par un conjoint, un partenaire enregistré, un ascendant ou un descendant majeur, respectivement par un avocat ou par un autre mandataire professionnellement qualifié pour la cause dont il s'agit (al. 1). Sur demande, le représentant doit justifier ses pouvoirs par une procuration écrite (al.2).

La jurisprudence a tiré de l'article 29 alinéa 1 Cst., et de l'obligation d'agir de bonne foi à l'égard des justiciables (art. 5 et 9 Cst), le principe de l'interdiction du déni de justice formel qui comprend la prohibition de tout formalisme excessif. Un tel formalisme existe lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique sans raison objective la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (arrêt du Tribunal fédéral 2A.507/2002 du 31 mars 2004, consid.5.2 et références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 1P.109/2004 du 10 mars 2004, consid.2.1 et références citées). C'est en particulier le cas lorsque la violation d'une règle de forme de peu d'importance entraîne une sanction grave et disproportionnée, telle par exemple une décision d'irrecevabilité (ATA/473/2004 du 25 mai 2004 ; ATA/561/2003 du 23 juillet 2003 ; P. MOOR, Droit administratif, vol. II, Berne 2002 , p. 230 et ss n. 2.24.6 et références citées).

b. En l'espèce, le Dr C_____ a recouru contre la décision litigieuse le 17 mai 2016. Il a précisé recourir « à la demande » du recourant.

Le 18 mai 2016, la chambre de céans a prié le recourant de bien vouloir lui faire parvenir une procuration donnant au Dr C_____ le pouvoir de le représenter en justice. A cet effet, un délai au 30 mai 2016 lui a été accordé, sous peine d'irrecevabilité du recours.

Le 27 mai 2016, le conseil du recourant a informé la chambre de céans qu'il avait été constitué en vue de la défense des intérêts du recourant contre la décision querellée. Il a précisé se substituer au précédent mandataire, le Dr C_____, lequel avait déposé un recours le 17 mai 2016. Il a également confirmé les termes utilisés par le Dr C_____ dans son écriture.

Pour sa part, l'intimé estime que dans la mesure où aucune procuration en faveur du Dr C_____ n'a été produite dans le délai imparti, le recours doit être déclaré irrecevable.

En l'occurrence, force est de constater que le recourant n'a pas produit de procuration en faveur du Dr C_____, malgré le délai qui lui a été imparti, comme le souligne l'intimé. Cela étant, dans la mesure où le conseil du recourant, au bénéfice d'une procuration, s'est constitué avant le 30 mai 2016, où il a indiqué se substituer au Dr C_____ et où il a précisé persister dans les termes du recours

déposé par ce dernier, le recours ne saurait être déclaré irrecevable. En effet, le fait que le conseil déclare se substituer au Dr C_____ et persister dans les termes de son recours implique que l'intervention de ce médecin était voulue par le recourant. A tout le moins, cela signifie que le recourant a validé la démarche du Dr C_____ a posteriori. A cela s'ajoute que, dans le cadre de la procédure non contentieuse menée par l'intimé, le Dr C_____ a représenté le recourant en se faisant remettre une copie du dossier et en s'opposant au projet de décision du 14 août 2015. Cela laisse à penser que jusqu'à la constitution de son conseil, le 27 mai 2016, le recourant a requis l'assistance du Dr C_____ pour faire valoir ses droits auprès de l'intimé, puis de la chambre de céans. De plus, la décision querellée ayant été adressée au recourant et non à son médecin, le fait que le Dr C_____ ait interjeté recours, implique que le recourant lui ait à tout le moins fait part de cette décision et lui en ait remis une copie.

En tout état de cause et compte tenu de ce qui précède, déclarer le recours irrecevable en l'espèce constituerait un formalisme excessif.

c. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est par conséquent recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir à partir de quelle date la rente entière d'invalidité doit être versée au recourant.
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).

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).

6. D'après la jurisprudence, l'obésité n'est en soi pas constitutive d'invalidité, sauf si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3 ; RCC 1984 p. 359 consid. 3).
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).

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).

9. 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 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).

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).

10. 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).

11. 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.
12. a. En l'espèce, le recourant a déposé une demande de prestation le 20 décembre 2012. L'intimé a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2016. En substance, il a considéré qu'antérieurement au 12 mars 2015, l'intéressé présentait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle depuis juillet 2012, mais que sa capacité de travail était pleine et entière dans une activité adaptée, de sorte que son droit à la rente devait être nié. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimé s'appuie sur l'expertise du 27 avril 2015 de la Clinique Corela, ainsi que sur le rapport du 3 août 2015 et l'avis du 29 février 2016 de la Dresse O _____ du SMR qui en découlent.

b. Quant au recourant, il considère être en incapacité totale de travail depuis le début de l'année 2012, de sorte que son droit à la rente devrait débiter avant le 12 mars 2015. Dans la mesure où il a perçu des indemnités journalières de l'assurance perte de gain de son employeur jusqu'au 1^{er} août 2014, il conclut à ce que sa rente lui soit versée dès le 2 août 2014. Il se fonde principalement sur l'expertise du Dr G _____, ainsi que sur les rapports des Drs F _____ et C _____.

c. En l'occurrence, l'expertise de la Clinique Corela est fondée sur un examen rhumatologique de la Dresse N _____, un examen neurologique du Dr K _____, un examen pneumologique du Dr L _____, un examen psychiatrique de la Dresse M _____, une analyse du dossier du Dr J _____ sous l'angle de la médecine interne générale, et le dossier de l'assuré. Les experts ont rappelé le contexte de l'expertise, exposé l'anamnèse du recourant, et relayé ses plaintes.

Cela étant, ladite expertise s'avère problématique à plus d'un titre.

Force est de constater que la forme de l'expertise, outre sa longueur, est extrêmement confuse. Le choix assumé et constant de la Clinique Corela de procéder à une analyse par diagnostic et la présence automatique de nombreux chapitres et sous-chapitres, même quand ceux-ci ne sont pas pertinents, rend la lecture particulièrement longue, fastidieuse, répétitive et peu claire. L'analyse des experts est diluée dans un flot important d'éléments théoriques et de rappels de passages du dossier, de sorte qu'il n'est parfois pas possible de les différencier.

A cela s'ajoute que les experts ne motivent pas de manière adéquate et convaincante leur position. Sur ce point, on peut citer le cas du diagnostic d'état

dépressif, dont les différents critères sont écartés par l'expert psychiatre en quelques phrases et sans réelle motivation. Par exemple, l'expert explique que les auto-questionnaires faisant état d'une dépression et d'une anxiété sévère sont uniquement dus à une amplification des plaintes, sans plus d'explications. Cela apparaît d'autant moins convaincant que l'attitude du recourant au cours de l'expertise est décrite comme calme, collaborante et posée, et que les lettres de sorties émises à l'issue des nombreuses hospitalisations du recourant font quasiment systématiquement état d'un trouble dépressif récurrent, les mêmes critères diagnostiques étant retrouvés de fois en fois. De plus, les experts se fondent régulièrement sur les déclarations du recourant pour rejeter certains diagnostics. Or, si le recourant avait effectivement tendance à l'exagération, l'ensemble de ses déclarations auraient été majoré.

En outre, à plusieurs reprises au cours de l'expertise, les experts se contentent de retenir un diagnostic, d'en écarter un autre ou de valider leur analyse par des hypothèses. En particulier, les experts lient systématiquement les différentes atteintes à la santé du recourant à ses addictions, en indiquant que lesdites addictions en sont probablement la cause, ce qui n'emporte pas la conviction de la chambre de céans.

Les experts donnent également le sentiment de minimiser les atteintes à la santé du recourant entre début 2012 et la date de l'expertise. A réitérées reprises, ils s'appuient sur la relative bonne tenue du recourant lors des entretiens pour nier la présence d'atteintes invalidantes pourtant attestées de manière convaincante par les médecins ayant eu à connaître du cas durant la période pertinente. A aucun moment, les experts ne semblent envisager l'hypothèse que la bonne présentation du recourant pourrait découler du fait que l'expertise est intervenue entre deux crises, ou simplement dans une période plus calme pour le recourant.

Les experts écartent à plusieurs reprises les conclusions de leurs confrères en indiquant que ces derniers retenaient une incapacité de travail sans la relier à un diagnostic précis. Ce reproche et cette manière de motiver leurs conclusions ne sauraient emporter la conviction de la chambre de céans, dans la mesure où, à la lumière des explications fournies par le Dr C_____, notamment, il apparaît que c'est justement la complexité du cas du recourant, le nombre important de ses atteintes et leurs interactions qui entraînent l'incapacité de travail. En traitant les diagnostics séparément, les experts oublient de prendre en considération lesdites interactions, ce qui contribue à donner l'impression qu'ils minimisent les conséquences des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail.

Compte tenu de ce qui précède, l'expertise du 27 avril 2015 de la Clinique Corela ne peut se voir reconnaître aucune valeur probante.

d. S'agissant de l'expertise du 27 février 2013, du Dr G_____, elle se fonde sur le dossier du recourant, un entretien avec ce dernier, un entretien avec l'épouse de l'intéressé, des examens complémentaires et un entretien téléphonique avec le

Dr C_____. Elle contient un résumé des rapports médicaux mis à disposition, l'anamnèse du recourant et ses plaintes. Les diagnostics retenus et les conclusions du Dr G_____ sont clairs et motivés de manière à permettre de comprendre de quelles atteintes souffre le recourant et dans quelle mesure cela affecte sa capacité de travail. On relèvera encore qu'à l'exception des experts de la Clinique Corela qui contestent certains points de cette expertise, ni les parties, ni les médecins, traitants ou non, ne la remettent en cause. Au contraire, les conclusions du Dr G_____ sont concordantes avec celles du Dr C_____, notamment. D'ailleurs, c'est sur la base de ce rapport que l'assureur perte de gain a pris le cas du recourant en charge par le versement d'indemnités journalières durant l'intégralité de la période de protection, jusqu'au 2 août 2014.

Compte tenu de ces éléments, l'expertise du Dr G_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

e. Les rapports des Drs F_____ et C_____, respectivement des 21 février 2013, 27 février 2013, 15 juin 2013, 13 septembre 2015 et 28 décembre 2015 présentent des diagnostics et conclusions concordantes. Bien qu'émanant de médecins traitants, ils répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. En effet, ils ont été établis en pleine connaissance du dossier, se fondent sur plusieurs examens du recourant, prennent en considération les plaintes de l'intéressé, tout en restant objectifs, et contiennent des diagnostics et conclusions clairs et motivés. Sur ce point, il convient de rappeler que le SMR a jugé les rapports des Drs F_____ (21 février 2013) et C_____ (28 décembre 2015), ainsi que le courrier d'opposition du Dr C_____ (13 septembre 2015) suffisamment convaincant pour considérer que l'aggravation de l'état de santé du recourant avait été rendue plausible, respectivement que sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

Dès lors, les rapports et documents établis par ces médecins doivent également se voir reconnaître une pleine valeur probante.

f. Par conséquent, il apparaît que c'est à tort que l'intimé a fixé le début du droit à la rente le 1^{er} mars 2016. Selon le rapport de la Dresse F_____ du 21 février 2013, l'incapacité durable de travail du recourant a débuté le 13 juin 2012. L'intéressé a déposé sa demande de prestation le 20 décembre 2012. Ainsi, en application des art.28 al. let. b et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente du recourant a pris naissance le 1^{er} juin 2013, soit à l'issue du délai de carence d'une année et six mois après le dépôt de sa demande de prestation.

Il appartiendra à l'intimé de communiquer sa décision à l'assurance perte de gain de l'employeur afin qu'elle puisse faire valoir une éventuelle demande de remboursement des sommes avancées au recourant jusqu'au 2 août 2014, sous réserve des dispositions légales et contractuelles applicables.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 20 avril 2016 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il rende une nouvelle décision au sens des considérants.

Il convient également de préciser que la décision du 20 avril 2016 concernant les rentes pour enfants suivra le sort de la décision de rente, dans la mesure où les rentes pour enfants dépendent de la rente d'invalidité (art. 35 al. 1 et 38 LAI).

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de rente du 20 avril 2016 et renvoie le dossier à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- valant à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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