

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/335/2016

ATAS/486/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

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

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1959, a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente et de mesures d'ordre professionnel auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 7 octobre 2011.
2. Dans son rapport du 2 novembre 2011, le docteur B_____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dépression réactionnelle depuis 2007, d'état de stress post-traumatique depuis 1981, de trouble de l'adaptation depuis 2007, de syndrome anxio-dépressif depuis 2007, de syndrome cervical sur protrusion discale C4-C5 et hernie C5-C6 depuis 2006, d'occipitalgies invalidantes depuis 2006, et de lombalgie-protrusion discale L4-L5 depuis 2008. L'assuré souffrait également d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, de diabète de type II, de gastrite et de hernie hiatale, ces atteintes étant sans effet sur sa capacité de travail.

Dans l'anamnèse, le Dr B_____ a notamment relevé que l'assuré avait été incarcéré et torturé en Turquie en 1981 après un coup d'État. Il était sorti de prison en 1983, très marqué. Depuis 2002, l'assuré travaillait comme nettoyeur de la bibliothèque C_____. Les symptômes actuels étaient des cervico-occipitalgies, des cervicobrachialgies droites, une dysesthésie du membre supérieur droit, des lombalgies, des lombosciatalgies gauches, une angoisse, une anxiété, des transpirations nocturnes, de la tristesse, des palpitations et des insomnies. Le pronostic était sombre pour le travail de nettoyage. L'assuré ne devrait pas porter des charges plus lourdes que 5 kg, faire des flexions du tronc à répétition, travailler dans l'humidité ou au froid à l'extérieur, et il devait éviter le bruit et le stress. L'activité habituelle restait exigible à 50 % si les restrictions médicales étaient respectées.

Le Dr B_____ a joint les pièces suivantes à son rapport :

- a. rapport d'IRM cervicale du 28 mars 2006, concluant à une dégénérescence discale débutante et étagée sans discopathie significative, à une encoche corticale avec sclérose du plateau supérieur et antérieur de C5, à une protrusion discale en C4-C5 de localisation médiane, sans image d'hernie ni effet compressif sur les racines, à une hernie discale en C5-C6 de faible épaisseur, de localisation médiane et paramédiane gauche appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural et discrètement sur l'émergence de la racine C6 gauche, à une arthrose des masses latérales sans rétrécissement significatif des trous de conjugaison, et à de multiples formations nodulaires sur la séquence myélographique à la hauteur de la charnière cervico-dorsale, traduisant le plus vraisemblablement des kystes radiculaires ;

-
- b. rapport des médecins du service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 17 janvier 2007, posant le diagnostic de syndrome irritatif non déficitaire C6 droit ;
 - c. rapport d'IRM lombaire du 7 janvier 2008 concluant à une ébauche de protrusion discale foraminale gauche L4-L5 sans conflit radiculaire, à un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, et à une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures ;
 - d. rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, du 13 avril 2010, indiquant que l'examen myographique du membre supérieur droit avait révélé des signes de dénervation modérés et chroniques de distribution radiculaire C6, et faisant état d'une neuropathie canalaire carpienne droite, le myogramme thénarien étant cependant encore physiologique.
3. Dans son rapport rempli le 5 décembre 2011, la Ville de Genève a indiqué qu'elle employait l'assuré depuis décembre 2001 en qualité de nettoyeur. Son revenu en 2011 s'élevait à CHF 78'187.60, 13^{ème} salaire inclus, ce qui ne correspondait pas à son rendement, lequel était de 50 %. Depuis fin 2007, les tâches de l'assuré avaient été aménagées conformément aux recommandations médicales.
 4. Dans son rapport du 5 décembre 2012, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.2) depuis 2010, d'hypertension et de diabète. L'assuré avait des idées noires, des troubles de la concentration, était fatigué et angoissé. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 octobre 2010. Les capacités de compréhension, de concentration et d'adaptation étaient limitées pour des raisons linguistiques. Son incapacité de travail de 50 % avait déclenché des conflits relationnels avec ses collègues de travail, et l'assuré avait développé un état dépressif en relation avec ses conditions de travail, avec une détresse marquée par la fatigue et une baisse de l'élan vital. Après de nombreuses périodes d'incapacité de travail avec des reprises partielles ou complètes, il était à nouveau en incapacité de travail totale depuis le 20 décembre 2011. Les symptômes persistaient malgré le traitement pharmaceutique.
 5. Dans son rapport du 5 mai 2012, le Dr E_____ a signalé une aggravation de l'état de l'assuré. Ce dernier avait subi une fracture due à la fatigue au niveau des os métatarsiens du pied droit. L'incapacité de travail était totale.
 6. Le Dr B_____ a mentionné une amélioration (sic) de l'état de santé dans son rapport du 25 mai 2012, en précisant que la dépression et l'anxiété avaient conduit à un séjour de trois semaines à la Clinique genevoise de Montana. L'assuré avait subi une fracture de fatigue de la diaphyse du 2^{ème} métatarsien droit en février 2012. Il était algique et plaintif. Les douleurs lombaires et cervicales s'étaient exacerbées. L'assuré ne pouvait fléchir le tronc de manière répétée, soulever des charges
-

lourdes et rester longtemps dans la même position. Il ne pouvait se concentrer et rester calme.

7. Les docteurs F_____ et G_____, médecins à la Clinique genevoise de Montana, ont diagnostiqué dans leur rapport du 8 juin 2012 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations (F 33.1) et les comorbidités suivantes : troubles anxieux généralisés, cervicalgies avec irradiation dans le membre supérieur droit, syndrome métabolique avec hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète de type II, surcharge pondérale et status post-fracture de fatigue du 2^{ème} métatarsien droit.
8. Le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin-conseil de la Ville de Genève, a retenu dans son rapport du 26 juillet 2012 que l'assuré pouvait reprendre son poste – lequel avait déjà été adapté – à 50 % dès le 1^{er} août 2012.
9. Le 31 juillet 2012, le Dr E_____ a attesté d'une capacité de travail de l'assuré de 50 % dès le 1^{er} août 2012.
10. Le 21 septembre 2012, le Dr B_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré, en raison de l'exacerbation de céphalées chroniques devenant invalidantes sur le côté droit, de l'augmentation des douleurs cervicales, de la lombosciatalgie gauche, des angoisses, et d'une diminution de la mémoire depuis juillet 2012. La capacité de travail était de 50 % en tant que nettoyeur. Pour des raisons physiques et psychiques, aucun autre travail ne paraissait possible.
11. Dans son rapport du 22 octobre 2012, le Dr E_____ a qualifié l'état de stationnaire, avec une thymie triste et une fatigue. L'état avait très peu évolué. La capacité de travail était de 50 %. Un changement de poste dans le même domaine serait utile.
12. Dans une note interne du 22 mai 2013, l'OAI a relevé que l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre n'avait toujours pas eu lieu. Le droit au salaire de l'assuré prenant fin au 31 mai 2013, l'OAI proposait le versement d'une indemnité journalière du 1^{er} juin au 31 août 2013 afin de privilégier un maintien en emploi.
13. L'OAI a versé des indemnités journalières à l'assuré du 1^{er} juin 2013 au 28 février 2014.
14. L'assuré a subi un accident le 7 juillet 2013.
15. Le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté d'une capacité de travail nulle dans son certificat du 12 mars 2014, qu'il a régulièrement confirmée par la suite.
16. L'assuré a été hospitalisé du 1^{er} juin au 8 juillet 2014 en raison d'une suspicion de fièvre méditerranéenne familiale.
17. Selon leur rapport du 13 janvier 2015, les médecins du service de neurologie des HUG ont examiné l'assuré, lequel se plaignait de céphalées. Ils ont retenu les

diagnostics de suspicion d'artérite gigantocellulaire et de probable polyneuropathie de longueur dépendante. Dans l'anamnèse, ils ont noté que les analyses génétiques visant à établir une fièvre méditerranéenne familiale s'étaient révélées négatives. L'examen neurologique avait révélé une hypoesthésie subjective hémicorporelle droite et une pallesthésie abaissée en distale. Une biopsie de l'artère devait avoir lieu.

18. L'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI a été confiée à la clinique CORELA, via la plateforme SWISSMED@P (ci-après : l'expertise CORELA).

Dans leur rapport de 163 pages du 22 juillet 2015, les docteurs J_____, rhumatologue, K_____, spécialiste en médecine interne, et L_____, spécialiste en psychiatrie, ont noté que l'expertise se fondait notamment sur une consultation de l'appareil locomoteur, une consultation de psychiatrie, ainsi qu'un avis de médecine interne.

Dans l'anamnèse, les médecins ont tout d'abord noté que les résultats de l'examen génétique relatif à la fièvre méditerranéenne familiale étaient inconnus. Ils ont intégré dans ce chapitre tous les éléments ressortant du dossier, notamment les rapports des employeurs, ainsi qu'une description analytique sous forme de tableau de l'activité de nettoyeur. Ils ont également rapporté les déclarations de l'assuré sur sa vie de famille et ses antécédents médicaux. Dans l'anamnèse médicale, les médecins ont relevé que le dosage génétique effectué pour la fièvre méditerranéenne familiale s'était révélé négatif. La biopsie de l'artère temporale réalisée le 9 février 2015 n'avait pas confirmé de signe d'artérite gigantocellulaire de Horton, mais uniquement une hyperplasie intimale de caractère non spécifique. Dans l'anamnèse psychiatrique, il était noté que l'assuré rapportait de manière authentique l'épisode d'incarcération et de torture. Il avait reçu entre novembre 2014 et janvier 2015 des menaces téléphoniques d'ordre politique, qui auraient réactivé son sentiment de peur, plutôt que de névrose post-traumatique.

Les experts ont ensuite rédigé un chapitre concernant les plaintes dans la vie quotidienne de l'assuré. Ce dernier ne signalait pas de difficulté pour ses soins personnels. Il avait des réveils nocturnes en lien avec ses douleurs cervicales et de l'épaule droite. Il dormait mieux actuellement, mais il décrivait des angoisses, ou plus précisément une peur de la mort. Les experts ont conclu que l'assuré rapportait beaucoup de plaintes mais qu'« au final, son fonctionnement restait extrêmement routinier et peu altéré par un processus psychique ». Ils ont ajouté que le recourant estimait que sa vie sociale était diminuée d'environ 20 %, car il était plus nerveux. Or, les experts retenaient qu'il sortait souvent pour boire un café, notamment au tea-room de sa femme, qu'il voyait des amis ainsi que sa famille installée à Zurich, à qui il rendait visite deux ou trois fois par an. Il s'était également rendu en Turquie dans le cadre d'une visite familiale trois ans auparavant. Ainsi, on ne pouvait vraiment pas parler d'altération majeure de la sphère sociale. L'assuré rapportait

des céphalées l'empêchant de consulter sa tablette au bout de quinze minutes. Paradoxalement, il pourrait lire des articles philosophiques et des essais politiques en turc. Il disait qu'il lui était impossible de reprendre une activité professionnelle à cause des douleurs, du vide qu'il ressentait, mais également du moral. En outre, il ne supportait plus ses collègues et disait chercher un autre travail.

Dans l'analyse sur le plan locomoteur, les diagnostics de dégénérescence protrusive C4-C5, sans incidence sur la capacité de travail au jour de l'expertise, et de protrusion gauche C5-C6 étaient retenus. Les experts mentionnaient à cet endroit le compte-rendu d'hospitalisation du 8 juin 2012, avant de poursuivre par une « note explicative » sur les dégénérescences, et la mention des plaintes de l'assuré se rapportant à cette atteinte, qui comprenaient des douleurs occipito-cervicales fréquentes et invalidantes et des paresthésies droites. Ils ont en outre une nouvelle fois repris les éléments mentionnés dans des rapports médicaux et mentionné les résultats de l'auto-questionnaire de l'évaluation de la douleur, dont le score contrastait selon eux avec la présentation de l'assuré. On notait des discordances concernant les activités de lecture, car l'assuré relatait des difficultés dans cet auto-questionnaire, alors qu'il disait pouvoir lire des articles politiques, philosophiques, mais également des romans.

Le rapport d'expertise se poursuivait par la description de l'examen clinique, lequel avait eu lieu en présence d'un interprète. L'assuré n'avait manifesté aucun signe d'inconfort durant l'interrogatoire de 60 minutes. La palpation de l'ensemble des épineuses du rachis cervical se révélait strictement indolore. Il n'y avait pas de contracture des muscles paravertébraux cervicaux, ni de contracture des muscles des trapèzes. La mobilité du rachis cervical était normale. Les réflexes étaient normatifs et symétriques. En avril 2010, le Dr D_____ avait retrouvé des réflexes ostéo-tendineux très faibles ou absents. Ainsi, il existait une amélioration comparativement à cette date. L'examen du poignet ne révélait pas la présence de signe de Tinel, ni de signe de Phalen, ce qui n'était pas en faveur d'un syndrome du canal droit. L'experte a répété le contenu de documents radiologiques remontant à 2006 dans ce contexte. Elle a précisé que des radiographies du rachis cervical avaient été effectuées dans le cadre de l'expertise, mais qu'elles ne montraient pas d'images de dégénérescence discale patente. Aucune atteinte des plateaux vertébraux de type Modic n'était visible sur l'IRM cervicale de 2006. L'experte a ensuite relaté les dosages médicamenteux effectués, avant d'exposer le diagnostic de dégénérescence protrusive de C4 à C5, répétant les plaintes en lien avec ce diagnostic, en affirmant qu'elles n'étaient pas corroborées par le diagnostic retenu de protrusion C5-C6 gauche. Après avoir une nouvelle fois rappelé le contenu des rapports médicaux, l'experte a soutenu qu'il n'y avait pas d'argument en faveur du diagnostic d'irritation radiculaire C6 à C5 à droite mentionné dans le compte-rendu d'IRM cervicale du 29 mars 2006, et qu'aucune image herniaire vraie n'était retrouvée à la lecture actuelle des clichés de l'IRM cervicale de 2006. Le diagnostic

d'occipitalgies invalidantes existant depuis 2006 évoqué par le Dr B_____ n'était pas retenu, car il s'agissait d'un descriptif de plaintes et non d'un diagnostic lésionnel. Il en allait de même pour le diagnostic de cervicalgies avec irradiation dans le membre supérieur droit rapporté par les médecins de la Clinique genevoise de Montana.

La protrusion en C5 à C6 gauche était isolée et ne montrait pas de signe d'irritation radiculaire au niveau de l'examen clinique. Elle n'entraînait pas de limitations fonctionnelles. Il était noté que la dégénérescence protrusive C4 à C5 n'était pas à l'origine d'une complication ou d'un retentissement clinique. Partant, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue, y compris dans les positions en porte-à-faux cervical et dans le port de charges. Pour la protrusion C5 à C6 gauche, l'opinion de l'experte n'allait pas dans le sens du Dr E_____, car ce dernier sortait de son champ de compétences lorsqu'il préconisait la reprise des restrictions convenues avec l'employeur, à savoir l'évitement du port de charges lourdes. De plus, la valeur du port de charges n'avait pas été précisée. La Dresse J_____ s'écartait également de celle du Dr B_____, tendant à éviter les charges pesant plus de 5 kg. En effet, il ne s'agissait pas d'une hernie à proprement parler mais d'une protrusion, laquelle ne retrouvait pas de corrélation radio-clinique. Dans ce sens, on ne notait aucune limitation au niveau du port de charges. En outre, la dégénérescence discale cervicale n'avait pas de répercussion sur le travail au froid, à l'humidité et à l'extérieur. De plus, si l'assuré se plaignait d'une impaction au niveau des flexions du tronc à répétition, cette limitation n'était pas en lien avec la pathologie cervicale C5 à C6 gauche, car une telle restriction toucherait plus le rachis lombaire. De la même façon, l'orthostatisme prolongé pouvait avoir des conséquences sur le rachis lombaire et non sur le rachis cervical. La fatigue et les troubles du sommeil ne pouvaient être expliqués par la dégénérescence protrusive cervicale.

De l'avis de l'experte, les pathologies cervicales n'avaient jamais été incapacitantes. Elle a indiqué qu'elle s'écartait des avis des médecins traitants pour ce motif.

L'experte n'a retenu aucun diagnostic s'agissant du rachis lombaire. Elle a reproduit le contenu des rapports médicaux et les plaintes de l'assuré telles qu'elles étaient relatées par les différents médecins s'agissant de cette partie du corps, ainsi que les douleurs signalées par l'assuré lors de l'expertise, complétées par un auto-questionnaire. L'assuré avait mentionné des lombalgies intenses aussi bien au repos qu'à l'effort, avec une irradiation dans le membre inférieur gauche et non droit, des douleurs sur la face postérieure du membre inférieur, mais également sur la face antérieure du même membre au mouvement, des douleurs nocturnes, des brûlures, une raideur du membre inférieur gauche et une grosseur et une rougeur. L'experte signalait des discordances, notamment sur la question de la marche, qui était limitée à un kilomètre selon l'auto-questionnaire, alors que spontanément, l'assuré la

décrivait limitée à dix minutes. Par ailleurs, lors de l'évocation des plaintes dans la vie quotidienne, l'assuré relatait faire parfois une heure de marche et des promenades dans le parc.

L'examen physique du rachis dorsal révélait une perte de la cyphose dorsale. Cependant, la palpation de l'ensemble des épineuses dorsales ne réveillait pas de douleurs ni contracture des muscles paravertébraux dorsaux. L'indice de Schöber dorsal était normal. Il n'était pas retrouvé de trouble de la statique lors de l'inspection du rachis lombaire. La mobilité était conservée, aussi bien dans les inflexions latérales qu'en hyperextension, alors que les douleurs étaient alléguées par l'assuré lors de ces différentes mobilisations. L'experte a noté que les réflexes rotuliens étaient absents de façon bilatérale. Les réflexes achilléens étaient présents mais faibles. Une hypoesthésie tacto-algique était présente dans le membre inférieur gauche et non droit, contrairement aux données de l'examen clinique réalisé aux HUG, témoignant ainsi d'une discordance. Il n'y avait pas d'amyotrophie aux membres inférieurs. L'examen neurologique se révélait donc normal. Une ébauche d'ostéophytose était décrite à hauteur des plateaux vertébraux supérieurs de L4 et inférieur de L5 sur le compte-rendu de radiographie du 12 mai 2015, mais la lecture actuelle des images n'allait pas dans ce sens, et ce diagnostic ne serait finalement pas retenu. De même, si une ostéophytose intersomatique marginale gauche en L1 à L2 était évoquée sur le compte-rendu de radiographie, la lecture actuelle des images ne montrait pas de lésion franche et significative, faisant également récuser ce diagnostic.

Les nouvelles radiographies demandées lors de l'expertise ne faisaient pas état d'une scoliose vraie au niveau du rachis lombaire, mais d'une attitude scoliotique sinistro-convexe, alors que celle-ci était décrite comme dextro-convexe sur les radiographies de décembre 2007. La lecture actuelle des images n'allait pas dans le sens des différentes conclusions. La relecture des radiographies réalisées le 12 mai 2015 n'allait non plus totalement dans le sens des conclusions antérieures, dans la mesure où l'attitude scoliotique n'était pas retrouvée.

L'experte a justifié l'absence de diagnostic retenu par le fait qu'il s'agissait de plaintes algiques à prédominance gauche, avec une douleur constante semblant être mécanique, avec limitation du port de charges au-delà de 5 kg mais également limitation de l'orthostatisme à cinq minutes et de la marche à dix minutes. La position assise était également limitée à dix minutes. Toutefois, ces plaintes ne se référaient pas à une pathologie précise du rachis lombaire à ce niveau. Des éléments de majoration, notamment la présence d'un faux signe de Lasègue, étaient signalés. Une perte de poids était conseillée. Aucune limitation n'était retenue en l'absence de lésion organique sous-jacente retrouvée au niveau du rachis lombaire. L'irradiation décrite dans le membre inférieur gauche n'avait pas non plus de lien avec une limitation quelconque, du fait de l'absence de lésion somatique. Le taux

d'incapacité de travail devrait rester à 0 %, sans baisse de rendement. En l'absence de diagnostic retenu, il n'y avait jamais eu d'incapacité dans la profession de nettoyeur ni dans la profession de serveur en lien avec le rachis lombaire. L'opinion de l'experte divergeait notamment de celle du Dr H_____, car si ce dernier avait signalé une baisse de rendement avec une incapacité de travail à 50 %, elle ne trouvait pas d'explications sur le plan du rachis lombaire ou cervical. Elle a également soutenu que l'opinion du Dr B_____ du 25 mai 2012 ne pouvait être suivie, puisque ce dernier reconnaissait une incapacité totale de travail en raison d'une exacerbation des douleurs lombaires, alors même que l'assuré, dans les suites de son hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana, n'avait pas réclamé de médication antalgique.

L'assuré présentait en outre des céphalées de tension et un syndrome métabolique associant hypertension artérielle, dyslipidémie, surcharge pondérale, diabète de type II avec insulino dépendance, ces troubles étant sans incidence sur la capacité de travail. Une IRM cérébrale avait été réalisée le 9 janvier 2015 à la recherche d'une vasculite et n'avait permis d'objectiver aucune anomalie parenchymateuse ni vasculaire suspecte. Un scanner de l'aorte du 16 mars 2015 avait mis en évidence un nodule thyroïdien droit hétérogène. S'agissant du diabète, qualifié d'incapacitant par le psychiatre de l'assuré, il était effectivement déséquilibré. Toutefois, l'assuré ne suivait pas de régime adapté et ne contrôlait pas correctement sa glycémie. Ceci pouvait expliquer la présence d'une possible neuropathie des membres inférieurs, telle que suggérée par les neurologues des HUG dans leur rapport du 13 janvier 2015. En février 2015, l'examen histologique de l'artère temporale gauche avait révélé un segment d'artère avec une discrète hyperplasie intimale non spécifique. Il n'y avait aucune limitation ni incapacité de travail en lien avec les céphalées.

Il n'y avait pas non plus de limitations fonctionnelles en raison du syndrome métabolique. En effet, si le stress s'accompagnait de décharges de catéchotamines augmentant la glycémie, ces perturbations étaient ponctuelles et pouvaient être compensées par une adaptation de l'insulinothérapie. En outre, le stress pouvait engendrer des écarts alimentaires, lesquels requéraient également une modification des posologies d'insuline, mais cela pouvait être corrigé par ce traitement. Il n'y avait donc pas de retentissement fonctionnel. Par ailleurs, si le risque de faire des hypoglycémies contre-indiquait en théorie l'utilisation de machines dangereuses, dès lors qu'une hypoglycémie très élevée pouvait induire des troubles de la concentration, ce n'était pas le cas en l'espèce. Il était de plus exigible que l'assuré suive un régime et contrôle sa glycémie. Aucune incapacité de travail n'était retenue du fait du syndrome métabolique.

L'assuré avait également des douleurs de l'épaule droite. En revanche, il n'y avait pas de plainte concernant la fracture de fatigue du pied droit survenue en février 2012. Il avait indiqué que les douleurs avaient duré pendant six mois. Il se déplaçait

sans cannes. Il n'y avait pas d'aspect de pseudo-érysipèle des membres inférieurs. La trophicité deltoïdienne était respectée de façon bilatérale. Il ne semblait pas y avoir d'amyotrophie au niveau des épaules. L'experte signalait des discordances entre la mobilité active et la mobilité passive à droite. Il existait des signes en faveur d'un conflit sous-acromial. Une infiltration était préconisée par l'experte et était programmée pour mai 2015. Il existait actuellement une contre-indication de la position des bras au-dessus de la ligne des épaules, laquelle n'était requise que ponctuellement dans le poste de nettoyeur avec utilisation d'escabeau, et pour une durée d'une demi-heure à deux heures dans son emploi de serveur. Cette incapacité était ponctuelle et disparaîtrait deux semaines après la réalisation de l'infiltration programmée, de même que la contre-indication actuelle dans le port de charges lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12-25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence) et très lourdes (plus de 50 kg occasionnellement et/ou 25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence). La fracture de fatigue du pied droit survenue en 2012 avait été symptomatique pendant une durée de trois mois. Pendant ce temps, la station debout prolongée était contre-indiquée, position requise aussi bien dans l'emploi de nettoyeur que dans celui de serveur. De même, la marche prolongée était contre-indiquée pour une durée de trois mois après la fracture, ainsi que le port de charges lourdes et très lourdes. La marche en escaliers était également contre-indiquée, de même que la conduite d'un véhicule professionnel ou d'engins vibrants. Une incapacité totale de travail aussi bien dans la profession de nettoyeur que de serveur pour une durée de trois mois à compter du diagnostic de fracture de fatigue du 14 février au 14 mai 2012 était admise.

Dans l'analyse de psychiatrie, l'expert a repris les diagnostics posés par les médecins et a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée en 2006, sans incidence sur la capacité de travail au jour de l'expertise. Il a évoqué les plaintes s'y rapportant entendues lors de l'expertise et celles ressortant du dossier. Les plaintes de l'assuré n'étaient plus en lien avec le diagnostic retenu, résolu depuis plusieurs années. Elles étaient très fourre-tout, marquées principalement par un sentiment de vide. L'assuré décrivait des troubles de sommeil en voie d'amélioration, des angoisses de mort, un sentiment de honte et surtout une fatigue importante associée à des douleurs multiples. Le score à l'auto-questionnaire de Beck était de 38, ce qui ne reflétait pas la réalité clinique, marquée par la tonalité extrêmement dramatisante de l'ensemble de l'assuré. Ce dernier semblait lors de l'examen avoir des troubles de la mémoire. En 2006, il avait été affecté par l'échec universitaire de son fils aîné, lequel avait sombré dans l'alcoolisme et rompu les liens avec la famille. S'agissant de l'examen clinique relatif au trouble dépressif récurrent, l'expert a rappelé les critères diagnostiques majeurs en les confrontant aux constatations des médecins traitants. Dans ce contexte, il a nié l'existence de tristesse. L'intérêt et le plaisir n'étaient pas altérés. Le visage de l'assuré s'illuminait lorsqu'il parlait de ses petits-enfants. Il y avait

une baisse d'énergie, symptôme du trouble de l'adaptation retenu. La confiance en soi et la concentration n'étaient pas altérées. L'assuré se sentait coupable au plan existentiel, mais cela n'avait pas de réalité sur le plan endogène psychiatrique.

Il n'y avait aucune constatation objective d'un ralentissement psychomoteur, ni d'une agitation psychomotrice. Le sommeil était rapporté comme très bon et l'appétit conservé. Aucun diagnostic d'épisode dépressif selon la CIM-10 n'était retenu. Il n'y avait pas de véritable symptôme d'anxiété généralisée au sens vrai du terme, de sorte que le diagnostic d'anxiété généralisée était écarté. L'expert retenait un trouble de l'adaptation réaction dépressive pour 2006, en lien avec le problème d'alcool de son fils et les conflits au travail allégués. La problématique du fils avait entraîné chez l'assuré des symptômes réactionnels par un processus de narcissisme par procuration et projection. Dans le cadre du conflit au travail, les symptômes avaient été un sentiment d'injustice et d'affront narcissique important, avec pour conséquence une baisse de l'énergie. Par la suite, une forme d'enkystement de la situation s'était mise en place. Lorsqu'on demandait à l'assuré si l'arrivée d'un nouveau supérieur en septembre 2006 avait amélioré la situation, il répondait par l'affirmative mais disait que c'était déjà trop tard. Selon le dossier, l'employeur avait pourtant laissé littéralement carte blanche à l'assuré pour l'organisation temporelle des activités qu'il pouvait encore réaliser. Dans ce contexte, les propos de l'assuré montrent une forme de volonté de faire déplacer les problématiques et les impossibilités d'une sphère à l'autre. Par la suite, cet enkystement semblait être entretenu par une forme d'empathie de la part du psychiatre traitant. Il semblait que les suivis effectués auprès des médecins traitants avaient permis à l'assuré d'exprimer ses plaintes « sociales » depuis 2006. Dans ce contexte, ses médecins traitants avaient validé des diagnostics psychiatriques pseudo-dépressifs et anxieux, sans que l'on puisse réellement les intégrer dans une entité diagnostique définie par la CIM-10. En effet, leurs examens cliniques étaient assez sommaires et par là-même peu convaincants sur le plan psychiatrique. Tout au plus pouvait-on retenir un syndrome d'accompagnement des douleurs.

Avec le recul actuel sur la situation, on constatait qu'il aurait été possible de mettre un terme à cette situation beaucoup plus tôt, car l'assuré était resté ancré dans ses plaintes. Cette posture de revendication et de réparation permanente par le biais d'une incapacité de travail l'avait au final desservi. Ayant attendu 2011 pour faire remonter à la direction des ressources humaines ses difficultés sociales dans le cadre de son poste, il était alors trop tard pour que l'employeur engage à nouveau des mesures pour d'autres postes adaptés à son état de santé, cinq années s'étant écoulées durant lesquelles l'employeur avait déployé beaucoup d'efforts, sans succès. À ce jour, il y avait surtout de la part de l'assuré une vraie volonté de ne pas reprendre son travail habituel, ce dernier ayant d'ailleurs avoué qu'il n'aimait pas ce travail. La question de la volonté d'une reprise du travail tout court était d'ailleurs questionnable chez un assuré n'ayant jamais voulu de son propre fait

déposer une demande de prestations d'invalidité, alors même qu'il bénéficierait ultérieurement de prestations financières sans devoir fournir un effort, l'assurance-invalidité s'étant substituée au chômage durant plusieurs mois, ce qui pouvait avoir contribué à ancrer encore plus l'assuré dans son « droit à la réparation ». Il était évident ici qu'une reprise d'activité serait tout à fait de bon aloi et que l'absence totale de motivation de l'assuré pouvait poser problème. Après avoir une nouvelle fois répété le contenu des rapports médicaux, l'expert psychiatre a noté que les difficultés de concentration et de résistance n'étaient absolument pas documentées, en tout cas pas durant cette expertise, et cela était une certitude, car dans ces domaines, il n'y avait aucun trouble objectivé mais plutôt une absence de volonté.

La capacité de travail était totale, sans baisse de rendement. Une incapacité de travail totale durant l'hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana pouvait être admise malgré le diagnostic posé par ses médecins, que l'expert qualifiait d'erroné.

L'expert a poursuivi en analysant les critères diagnostiques liés à la somatisation, au trouble somatoforme indifférencié, au syndrome douloureux somatoforme persistant, pour exclure ces atteintes. Dans ce contexte, il était notamment souligné que l'on retrouvait trois signes de Waddell et des exagérations évidentes, telles qu'une échelle de douleurs à 8/10, alors que les traitements antalgiques n'étaient pas pris correctement. Ces éléments amenaient à un syndrome de surcharge, ne permettant pas d'apprécier l'intensité et la réalité des douleurs, ni leurs réelles répercussions dans la vie quotidienne, d'autant plus qu'il existait ici d'importants bénéfices, en particulier celui de ne pas travailler.

S'agissant des critères de gravité en cas d'incapacité de travail attribuée à une fibromyalgie ou à un trouble de la lignée F 45, il n'y avait pas d'affection corporelle chronique qui pourrait interférer significativement avec la faculté à surmonter les doutes, ni de perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie. L'état psychique cristallisé était en revanche évident. Les bénéfices secondaires étaient ici énormes. En effet, l'assuré ne travaillait pas. Il vivait à son rythme, il ne faisait aucun effort. Le critère de l'échec des traitements n'était pas non plus retenu. En conclusion, les algies ne remplissaient pas les critères de gravité de la jurisprudence pour être qualifiées d'invalidantes.

L'expert a relevé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail ni de baisse de rendement dans la dernière profession de nettoyeur, ni dans l'avant-dernière profession de serveur. Il a ensuite exposé plusieurs atteintes et leurs critères diagnostiques, avant de les écarter.

Suivait une synthèse, dans laquelle les experts ont notamment relevé que du point de vue rhumatologique, l'assuré était connu pour des douleurs somatiques rachidiennes depuis une dizaine d'années. A l'étage cervical, une IRM réalisée en

2006 avait révélé la présence d'une dégénérescence discale avec une protrusion en C4 à C5 et une protrusion en C5 à C6 gauche sans irritation radiculaire. L'examen électroneuromyographique réalisé la même année n'avait pas mis en évidence de signe de compression radiculaire à ce niveau, et l'ENMG de 2007 ne montrait pas de signes d'une atteinte aiguë ou chronique dans les myotomes C5 à D1 à droite. Techniquement, l'électromyogramme d'avril 2010 évoquait la présence de signes de dénervation modérés et chroniques au niveau radiculaire en C6, mais à droite et non à gauche, ce qui ne correspondait pas aux lésions retrouvées sur l'IRM de 2006. De plus, au jour de l'expertise, l'examen clinique du rachis cervical était normal d'un point de vue purement objectif, de même que l'examen neurologique des membres supérieurs.

Au final, les diagnostics retenus au niveau cervical étaient une dégénérescence protrusive du disque intervertébral C4 à C5 et une protrusion du disque intervertébral C5 à C6 gauche. Par ailleurs, si un canal carpien avait été évoqué sur l'ENMG de 2010, l'examen clinique actuel ne montrait pas de signe de Phalen ou de Tinel en faveur d'un tel diagnostic. L'assuré se plaignait de lombalgies, sans qu'il n'y ait de lésion patente. Ces lombalgies avaient pourtant été à l'origine d'une modification de son poste de travail en 2007. Une IRM lombaire avait été réalisée en janvier 2008 et avait mis en évidence une protrusion discale foraminale gauche en L4 à L5, mais il s'agissait uniquement d'une ébauche décrite par le radiologue. Ce dernier ne décrivait pas de conflit radiculaire. La lecture actuelle des images montrait qu'il n'existait aucune protrusion significative. Les radiographies de contrôle effectuées au jour de l'expertise ne montraient pas d'atteinte arthrosique.

Ainsi, aucun diagnostic n'était retenu au niveau lombaire. Cela contrastait pourtant avec un examen clinique montrant de nombreux signes subjectifs, notamment une douleur lors des différentes mobilisations du rachis lombaire, alors que d'un point de vue objectif, on ne trouvait aucune restriction. Devant des symptômes d'arthromyalgie avec fièvre, un syndrome de fièvre méditerranéenne avait été évoqué et une corticothérapie instaurée, mais les marqueurs génétiques s'étaient révélés négatifs en 2014. Ce diagnostic ne pouvait être retenu. De plus, des céphalées de tension étaient présentes depuis de nombreuses années, associées à un syndrome métabolique avec surcharge pondérale, hypertension artérielle, dyslipidémie et diabète de type II devenu insulino-dépendant du fait d'une mauvaise observance thérapeutique. La fracture de fatigue du 2^{ème} métatarsien du pied droit n'était plus symptomatique actuellement. L'assuré se plaignait de douleurs de l'épaule droite en rapport avec une tendinopathie calcifiante du supra-épineux, associée à une bursite sous-acromiale. Sur le plan psychiatrique, on retenait un trouble de l'adaptation réaction dépressive prolongée (F 43.21), consécutif à deux facteurs de stress, soit les troubles concernant son fils en 2006 et les problèmes au travail, lesquels avaient fini par se résoudre puisqu'il y avait eu un changement de hiérarchie et une adaptation de son poste. La situation s'était

toutefois enkystée dans une sorte de plainte permanente psychosomatique, avec une absence totale de troubles psychiatriques avérés et diagnostiquables. En effet, les plaintes algiques de l'assuré n'étaient pas explicables par les substrats organiques au niveau cervical. Ces douleurs n'étaient pas non plus à l'origine d'un sentiment de détresse, bien que l'assuré les décrive comme importantes. On ne retrouvait pas de notion de refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de toute cause organique pouvant rendre compte des symptômes somatiques. En outre, les symptômes digestifs et cardiovasculaires rapportés n'étaient pas suffisants pour faire retenir le critère de la somatisation. La personnalité à traits narcissiques était également importante à noter. Le traitement de Lyrica®, pourtant à visée antalgique, n'était pas non plus pris, montrant bien là une note utilitaire de la plainte, ni la codéine prescrite en réserve. Sur le plan psychique, l'évolution était assez délicate à évaluer, non pas en raison d'un diagnostic incapacitant, mais en raison d'une attitude, cette dernière se traduisant surtout chez l'assuré par l'absence de motivation, voire l'existence d'une certaine notion de dû. Il n'y avait toutefois pas vraiment d'interaction, même si ce dernier avait fini par mettre en place, de manière au moins inconsciente, une dynamique assez habituelle d'aller-retour entre plaintes somatiques et psychiques, se plaignant tour à tour d'une impossibilité de travailler pour motifs somatiques et d'impossibilité pour des raisons psychiques. La faible maîtrise du français constituait un handicap pour des postes de travail nécessitant une compréhension de la langue. Il semblait également être dans une phase de revendication et avait signalé «qu'il ne pourrait plus travailler», ce qui témoignait encore de son manque de motivation. S'il avait évoqué vouloir être gardien de prison, il avait par la suite déclaré que cela dépendait des conditions de travail. Enfin, il avait une haute opinion de lui-même, avec quasiment l'évocation du choix de ses propres conditions de travail. De plus, l'assuré était âgé de 56 ans et avait rapporté des difficultés financières, ce qui était susceptible d'inférer sur la reprise d'une activité professionnelle. L'expertise se concluait par un tableau synoptique, reprenant les limitations fonctionnelles et les incapacités de travail admises pour certaines des atteintes.

19. Le Dr M_____ a attesté d'une incapacité de travail totale dès juillet 2015, qu'il a régulièrement prolongée par la suite en établissant des certificats mensuels.
20. Dans son avis du 8 septembre 2015, le docteur N_____, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a relevé que selon les experts, seule une tendinopathie pouvait influencer sur la capacité de travail, mais pas de manière durable. Selon eux, la capacité de travail était entière depuis toujours dans toute activité. Cette expertise était convaincante, dès lors qu'elle prenait en compte toutes les plaintes de l'assuré, s'appuyait sur des examens cliniques approfondis et était complétée par une étude fouillée du dossier. Les experts expliquaient très

clairement leur appréciation de la situation et leurs conclusions étaient convaincantes. Il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

21. Le 30 septembre 2015, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel le droit à la rente et à des mesures d'ordre professionnel était nié. Il a soutenu que les éléments recueillis durant l'instruction démontraient qu'il n'existait aucune atteinte incapacitante au sens de la loi.
22. Par courrier du 30 novembre 2015, l'assuré, par son mandataire, a contesté le projet de décision. Il a souligné qu'il ressortait du dossier qu'il avait été incapable de travailler à des taux variant de 50 % à 100 % en fonction des périodes, et qu'il avait été hospitalisé à plusieurs reprises. Il était incompréhensible que les experts écartent purement et simplement les avis des Drs B_____, H_____ et E_____, qui le suivaient depuis longtemps. Il invitait l'OAI à lui octroyer une rente d'invalidité, son taux d'incapacité étant manifestement supérieur à 40 %.
23. Par décision du 18 décembre 2015 adressée au mandataire de l'assuré, l'OAI a confirmé les termes de son projet. Les objections de l'assuré avaient déjà été prises en compte.
24. Par écriture du 1^{er} février 2016, l'assuré, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'intimé. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et au renvoi à l'intimé pour nouvelle décision.

Il a contesté la validité de la décision car elle ne mentionnait pas son nom, sauf sous la rubrique « Concerne ». Une décision qui ne permettait pas de distinguer aisément son destinataire était nulle. En outre, sa motivation était tellement vague qu'on ne savait pas quels éléments la fondaient. Pour ce motif, il y avait lieu de renvoyer la décision à l'intimé (sic). De plus, l'intimé ne pouvait déléguer son pouvoir de décision au SMR. Il avait par ailleurs rejeté sans motivation les arguments développés par le recourant dans son courrier du 30 novembre 2015. Ainsi, la décision litigieuse était manifestement arbitraire, si elle n'était pas nulle.

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

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

26. Dans sa réponse du 1^{er} mars 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a affirmé que l'expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'elle prenait en compte la situation médicale du recourant dans son ensemble. Les experts ayant conclu à l'absence d'atteinte avérée, il existait une pleine capacité

de travail depuis toujours. S'agissant du rapport d'histologie de janvier 2016, il signalait une atteinte postérieure à la décision et ne pouvait donc pas influencer la capacité de travail au moment où la décision litigieuse avait été rendue.

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

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

Il a produit un rapport du 18 février 2016 du Dr I_____, indiquant que la somme des problèmes du recourant rendait compte d'une difficulté majeure à reprendre le travail. Le recourant se plaignait d'un état dépressif durable multifactoriel. Au plan somatique, on relevait d'importantes céphalées, d'importantes nuchalgies et lombalgies, des douleurs abdominales récurrentes diffuses, une suspicion de fièvre méditerranéenne familiale, une polyneuropathie sensitive, une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure récemment opérée, un diabète insulino-traité, une hypertension artérielle actuellement stabilisée, une hypercholestérolémie et un récent problème allergique nécessitant un bilan en cours.

Le recourant a également joint un rapport du 18 mars 2016 du Dr E_____, évoquant l'hospitalisation du 1^{er} juin au 8 juillet 2014, une consultation neurologique du 13 janvier 2015 avec suspicion de maladie de Horton, des signes cliniques de neuropathie pouvant être la conséquence de son diabète, et une lésion cancéreuse. Au plan psychiatrique, les symptômes anxieux-dépressifs s'étaient aggravés de manière fulgurante : le recourant présentait des symptômes compatibles avec un syndrome d'état de stress post-traumatique à la suite de son emprisonnement en Turquie. Il présentait des troubles du sommeil graves et une symptomatologie anxieuse et dépressive. Son incapacité de travail était pour l'heure totale, et ce pour une durée indéterminée.

28. Par courrier du 11 avril 2016, le recourant a soutenu que les certificats d'incapacité de travail que le Dr I_____ continuait d'adresser à l'intimé attestaient d'une incapacité de travail totale, qui perdurait à défaut d'évolution positive de son état de santé.

29. Dans sa duplique du 20 avril 2016, l'intimé a relevé que l'expert avait noté qu'une biopsie avait exclu une maladie de Horton. L'expertise s'était également prononcée sur le diabète, le sommeil et le stress post-traumatique. Elle avait de plus eu lieu en présence d'un interprète.

L'intimé a joint le rapport du 4 avril 2016 du Dr N_____, lequel constatait une aggravation de son état de santé postérieure à la décision de décembre 2015. On ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour se faire une idée précise de la sévérité de la nouvelle atteinte cancéreuse.

30. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 21 avril 2016.

31. L'intimé a par la suite régulièrement transmis à la chambre de céans les certificats d'incapacité de travail établis par le Dr I_____, ainsi qu'un rapport non daté de consultation d'oncologie des HUG liée à une masse cervicale au cours du suivi post carcinome épidermoïde.

32. Le 28 novembre 2016, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise bidisciplinaire avec un volet rhumatologique et un volet psychiatrique aux docteurs P_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et leur a imparti un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts pressentis et pour se déterminer sur les questions à leur poser.

33. Par courrier du 19 novembre 2016, le recourant a indiqué à la chambre de céans qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des experts.

34. Dans ses déterminations du 25 novembre 2016, l'intimé a soutenu que l'expertise de la clinique CORELA répondait à tous les réquisits jurisprudentiels et devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il n'était ainsi pas en mesure de se prononcer sur la légitimité d'une expertise judiciaire, raison pour laquelle il s'opposait à cette mesure. Il n'avait toutefois pas de motif de récusation à l'encontre des experts désignés. Il s'est pour le surplus référé à l'avis du 18 novembre 2016 du SMR, joint à son écriture, dans lequel le Dr N_____ a indiqué qu'il ne comprenait pas la nécessité d'une nouvelle expertise mais qu'il n'avait pas de raison de s'y opposer, en précisant que les experts devaient se prononcer uniquement pour la période antérieure à la décision. Il était possible que l'état de santé du recourant se soit détérioré depuis.

35. Le 28 novembre 2016, la chambre de céans a transmis une copie de ces écritures aux parties.

36. Par ordonnance du 17 janvier 2017 (ATAS/19/2017), la Chambre de céans a confié une expertise bidisciplinaire aux docteurs Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et P_____, spécialiste FMH en rhumatologie

-
37. Le Dr I_____ a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 15 mars 2017, renouvelée jusqu'au 30 juin 2017, puis jusqu'au 30 septembre 2017.
38. Le Dr E_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré en mai 2017.
39. Le 15 mai 2017, le Dr Q_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé notamment sur trois entretiens de sept heures avec l'assuré, la passation de tests psychométriques et des tests sanguins et urinaires.

L'assuré se plaignait de douleurs diffuses, d'une thymie dépressive constante, de manque de confiance, d'insomnies, de cauchemars, de peur, d'angoisse, de difficultés à accomplir ses tâches administratives et de manque de concentration.

Le résultat au test des matrices de Raven 1983 plaidait pour une exagération des plaintes cognitives. Il n'y avait pas de toxicodépendance, ni de symptôme de la lignée psychotique et une bonne compliance au traitement. L'expert a retenu une baisse thymique compatible avec un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique persistant de 2011 au présent (F33.11).

Au moment de l'expertise et ce depuis 2011, étaient présentes des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives en lien avec l'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, dans le sens d'une tristesse modérée, mais présente la plupart de la journée, un ralentissement psychomoteur modéré avec fatigue, des troubles de la concentration subjectifs, une intolérance à la frustration et au stress et un isolement social partiel, mais pas total.

Il existait un état de stress post-traumatique en lien avec la torture subie lors de l'incarcération de l'assuré en Turquie, qui était en rémission progressive depuis les années 1990 et qui avait laissé la place à une modification traumatique de la personnalité. L'expert a retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique, ayant évolué vers une modification durable de la personnalité (F43.1), modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54) en mentionnant qu'il s'agissait d'un diagnostic probable, contrairement à celui, peu probable, de troubles douloureux somatoformes persistants (F45.4).

L'état de stress post-traumatique ayant évolué vers une modification durable de la personnalité et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail.

Il n'y avait pas d'exagération consciente des plaintes mais des mécanismes plutôt inconscients dus à la modification traumatique de la personnalité.

La capacité de travail, compte tenu des diagnostics posés, était de 50 % depuis 2011 dans toute activité.

Une psychothérapie hebdomadaire en turc et une modification du traitement médicamenteux pourraient améliorer la capacité de travail à l'avenir (de 30 % à 50 %).

40. Le 13 juin 2017, le Dr P_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé notamment sur un examen de l'assuré du 17 mars 2017.

L'assuré se plaignait de douleurs chroniques, de difficulté à la marche, de fourmillements et douleurs de l'aine droite, du bras droit, du membre inférieur droit et du mollet, de maux de tête et à l'épaule droite. Il a retenu les diagnostics de : cervicodiscarthrose M50, pathologie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec rupture du long chef du biceps M66.5 et tendinopathie calcifiante du supra-épineux M65.2, lombodiscarthrose M51.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

- cervicodiscarthrose M50 ;
- éviter l'extension de la tête, le travail en flexion prolongée (plus de trente minutes de suite) de la tête et du cou, les mouvements de rotation répétitifs de la tête ;
- pathologie de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite avec rupture du long chef du biceps et tendinopathie calcifiante du supra-épineux M65.2, M66.5 : éviter les positions avec les coudes au-dessus de la ligne des épaules, le port de charge même léger si le bras droit est en extension était contre-indiqué ;
- lombodiscarthrose M51 : les ports de charges de plus de 10 kg étaient contre-indiqués (limité par son âge, son sexe et sa pathologie lombaire), éviter les mouvements de rotation du tronc répétitif, les travaux en extension du tronc et les travaux en flexion prolongée du tronc (pas plus de trente minutes de suite).

Le diagnostic rhumatologique n'influçait pas la capacité de travail dans la mesure où l'employeur tenait compte des limitations fonctionnelles. Il n'y avait pas d'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle, dans la mesure où l'employeur avait tenu compte des limitations fonctionnelles et de leur évolution depuis 2007. Une activité lucrative adaptée était exigible à 100 %. Le traitement était optimal. L'assuré ne participait pas aux tâches ménagères ; selon l'interprète confirmait que dans les ménages turcs de cette génération, les femmes étaient responsables des tâches ménagères.

41. Selon l'appréciation consensuelle des experts du 13 juin 2017, il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail du point de vue rhumatologique, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et la capacité de travail était de 50 % du point de vue psychiatrique depuis 2011.
42. Le 29 août 2017, la Dresse R_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel les limitations fonctionnelles psychiatriques n'étaient que modérées et subjectives.

Il existait une différence de présentation de la situation médicale faite par l'assuré, celui-ci faisant état de douleurs diffuses auprès du psychiatre et de plaintes psychiques auprès du rhumatologue.

S'agissant du consilium, les conclusions « dites consensuelles » des experts n'étaient pas convaincantes. Il y avait lieu de se demander si les divergences constatées à lecture des deux rapports d'expertises avaient fait l'objet d'une discussion entre les experts ; en effet, il ne ressortait nullement du consilium d'explications à ce sujet.

Le SMR ne pouvait suivre les conclusions de l'expert psychiatre quant à une capacité de travail de 50 % et n'était pas convaincu que les plaintes retrouvées lors des deux examens avaient la sévérité et les répercussions alléguées par l'assuré. Ils ne pouvaient que valider l'évaluation du Dr P_____ et considérer que les atteintes à la santé ne justifiaient pas une incapacité de travail dans l'ancienne activité telle qu'elle avait été adaptée aux limitations fonctionnelles physiques.

43. Le 31 août 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions.

Du point de vue psychiatrique, il ressortait de l'expertise que le suivi psychiatrique actuel, ainsi que le traitement n'était ni suffisant ni satisfaisant. L'expert indiquait qu'il convenait de remplacer « la mirtazapine par de la trazodone, vu la surcharge pondérale du patient et la mise en place d'une psychothérapie hebdomadaire en turc », afin d'améliorer la capacité de travail médico-théorique avec une probabilité de 30 % à 50 % supplémentaires - soit une capacité de travail de 80 % à 100 %. Il limitait certes cette amélioration à deux ans, mais sans aucune explication médicale à l'appui.

Dès lors que les éléments pour retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique persistant, étaient fondés principalement sur des plaintes subjectives de l'assuré ainsi que sur des éléments purement anamnestiques, le rapport d'expertise judiciaire ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante.

Les limitations fonctionnelles étaient également fondées sur les plaintes subjectives de l'assuré, lesquelles étaient contradictoires et n'avaient pas été objectivées. Les répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne, et d'une tristesse modérée ne pouvaient pas être suivies, dès lors que la description d'une journée type faite par l'assuré démontrait des ressources non négligeables, lequel maintenait une vie et des relations sociales et ne présentait pas d'empêchements dans le ménage, selon les déclarations faites à l'expert rhumatologue. S'agissant du retentissement significatif des plaintes dans les activités du ménage, il existait une évidente incohérence entre les deux experts. L'un considérant que c'était dû à son atteinte psychiatrique, l'autre indiquant que c'était culturel. Cette incohérence n'avait pas été discutée et analysée lors du consilium.

Les troubles de la concentration n'avaient pas été objectivés lors de l'examen clinique et n'entraînaient donc aucune limitation fonctionnelle.

L'isolement social partiel ne pouvait justifier une limitation fonctionnelle avec influence sur la capacité de travail. Les éléments pris en compte par l'expert montraient plutôt la présence de ressources personnelles sans perte d'intégration sociale.

L'expert retenait qu'il n'y avait pas d'exagération consciente et ceci « malgré le décalage existant entre les plaintes subjectives et le constat objectif, notamment au niveau des troubles de la concentration ».

Or, le résultat du test psychométrique excluait la présence de troubles de la concentration et la description faite par l'assuré d'une journée de sa vie quotidienne excluait les limitations fonctionnelles retenues par l'expert sur ce point.

Lors de l'expertise rhumatologique, l'expert avait retenu la présence d'une exagération des symptômes et d'un comportement démonstratif de l'assuré. Les constatations dudit expert l'avaient amené à ne pas tenir compte des plaintes subjectives mais uniquement des constatations objectives (examen clinique) pour déterminer les limitations fonctionnelles.

Les incohérences et contradictions étaient telles que la sévérité des limitations fonctionnelles retenues ne pouvait pas être suivie, ni justifier une incapacité de travail de 50 %.

Enfin, l'expert n'avait pas évalué le trouble somatoforme douloureux (TSD) selon les nouveaux indicateurs en se limitant à appliquer les anciens critères et avait outrepassé ses compétences en se livrant à une appréciation juridique des avis médicaux précédents.

44. Le 2 octobre 2017, la chambre de céans a requis des experts qu'ils se prononcent sur les critiques émises par le SMR et l'OAI à l'encontre de leur expertise.
45. Le 9 octobre 2017, le Dr Q_____ a rendu un complément d'expertise et un rapport d'expertise « modifié tenant compte des remarques de l'OAI suite à la rédaction de la première variante d'expertise ».

Il certifiait avoir réalisé un consilium avec le Dr P_____ ; il n'était pas contradictoire que la capacité de travail soit de 100 % dans une activité adaptée du point de vue rhumatologique et de 50 % dans toute activité du point de vue psychiatrique, aboutissant finalement à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Les experts avaient dû faire la part des choses entre les limitations fonctionnelles objectivables et les limitations subjectives ; ils ne pouvaient annuler toutes les observations objectives plaidant pour l'existence de certains troubles avec des limitations fonctionnelles objectivables, juste parce qu'il existait aussi une exagération d'autres troubles.

Il avait clairement décrit un ralentissement psychomoteur sévère, devenu ensuite moyen, lequel était un élément objectif, tout comme la tristesse modérée, permettant entre autre de considérer une capacité de travail de 50 % ; les troubles de la concentration, subjectifs, n'avaient pas été pris en compte, ni l'intolérance à la frustration et au stress et ni l'isolement social partiel ; il clarifiait les limitations fonctionnelles objectives, de celles subjectives, comme suit : « au moment de l'expertise et ce depuis 2011, on retenait des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées mais significatives en lien avec l'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, dans le sens d'une tristesse modérée, mais présente la plupart de la journée (objectivée lors de l'examen clinique), un ralentissement psychomoteur modéré avec fatigue (objectivé lors de l'examen clinique), des troubles de la concentration subjectifs (élément subjectif sans impact sur la capacité de travail), une intolérance à la frustration et au stress (élément subjectif sans impact sur la capacité de travail) et un isolement social partiel, mais pas total (élément subjectif sans impact sur la capacité de travail). ».

L'appréciation de la capacité de travail s'était basée uniquement sur les aspects objectifs lors de l'examen clinique.

Le fait que le traitement pouvait être optimisé ne permettait pas de remettre en question l'évaluation de la capacité de travail chez un assuré compliant ; l'amélioration possible se basait sur les recommandations de l'association américaine de psychiatrie.

Selon la CIM-10, on devait intégrer les plaintes subjectives aux observations objectivables pour poser les diagnostics, ce qui avait été fait ; les critères diagnostiques de la CIM-10 n'étaient d'ailleurs pas remis en question par l'OAI. La description de la journée type était concordante avec le ralentissement psychomoteur modéré objectivé, qui ralentissait l'assuré dans de nombreuses activités, celles-ci restant possibles mais nécessitant un temps plus long. Dès lors, il n'y avait aucune contradiction entre la journée type et le diagnostic retenu, ce d'autant que la journée type n'était pas en soi un critère diagnostique de la CIM-10.

L'OAI contestait sans raison l'existence d'un ralentissement psychomoteur modéré ; cette limitation fonctionnelle expliquait aussi le fait que l'assuré pouvait faire de nombreuses activités dans une journée mais en étant ralenti.

L'avis du traducteur sur les causes culturelles de la non-participation de l'assuré aux tâches ménagères ne pouvait remettre en question le diagnostic psychiatrique ; l'assuré avait eu une tendance à amplifier certaines plaintes davantage avec l'expert rhumatologue qu'avec l'expert psychiatre, ce qui ne remettait pas en cause non plus le diagnostic psychiatrique.

Les troubles de la concentration et l'isolement social partiel n'avaient pas été pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail réduite.

Il confirmait une exagération inconsciente des plaintes ; l'assuré avait d'ailleurs nié une aggravation fulgurante de son état de santé, telle que relatée par son psychiatre-traitant. Il s'agissait d'un assuré qui présentait certaines limitations fonctionnelles objectivables et d'autres purement subjectives, non objectivables, dans le contexte d'une exagération de plaintes probablement inconsciente, ce qui était par ailleurs rencontré fréquemment dans la clinique, surtout chez les personnes qui présentaient une modification traumatique de la personnalité. Cette exagération n'était justement pas suffisante pour remettre en question les diagnostics validés selon les critères diagnostiques de la CIM-10, ni les autres limitations fonctionnelles objectivables.

La question des divergences d'exagération entre l'expertise rhumatologique et psychiatrique avaient été discutée entre les experts et cette divergence ne permettait pas à elle seule, car elle n'était pas suffisante ni quantitativement, ni qualitativement, pour remettre en question le consilium des experts.

Tenant compte des indicateurs de gravité de la nouvelle jurisprudence de 2015, la capacité de travail restait de 50 %.

Degré de gravité fonctionnelle : il existait des limitations objectivables en lien avec des épisodes dépressifs récurrents moyens (tristesse modérée objectivée à l'examen clinique et un ralentissement psychomoteur sévère et puis modéré).

Atteinte à la santé, diagnostics et comorbidités : des limitations fonctionnelles significatives étaient retenues en raison des épisodes dépressifs récurrents moyens.

Traitement : il devait être optimisé par le psychiatre-traitant mais la compliance était bonne : l'évolution était stationnaire.

Personnalité : il existait une modification durable et traumatique de la personnalité.

Contexte social : l'assuré arrivait à garder de bonnes relations avec des membres de sa famille et avec des amis, toutefois dans le cadre d'un isolement social partiel.

Cohérence : elle était bonne entre les plaintes subjectives et le constat objectif ; le décalage existant entre les troubles de la concentration et le constat objectif et entre l'examen clinique psychiatrique et rhumatologique s'inscrivait dans un contexte de modification traumatique de la personnalité.

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie : au moment de l'expertise l'assuré gardait des capacités et des ressources personnelles, car il arrivait à gérer son quotidien, à participer aux activités ménagères légères d'un point de vue physique, à avoir des contacts sociaux adéquats, etc. Il était retenu des limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique d'une façon uniforme dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré et d'une tristesse modérée, dans le contexte d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. En effet, ces limitations ralentissaient

significativement l'assuré dans ses tâches uniformément, bien que la réalisation des tâches restait possible.

Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation : il présentait une faible motivation pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de bénéfices primaires et des autolimitations, mais qui ne mettaient pas en question son épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, ni les limitations fonctionnelles objectivables.

D'un point de vue psychiatrique il était possible aussi de douter de l'impartialité d'un expert par des éléments objectivables, ce qui avait été fait s'agissant de l'expertise CORELA ; la position du SMR qui avait décidé de confirmer l'expertise CORELA était difficile à suivre. La réponse aux remarques de l'OAI avait été discutée et élaborée consensuellement entre les experts.

46. Le Dr P_____ a rendu le 13 octobre 2017 un complément d'expertise, lequel avait été discuté avec le Dr Q_____.

Il a certifié avoir tenu un consilium avec le Dr Q_____ après avoir eu plusieurs échanges avec lui aboutissant à une capacité de travail de 50 %, limitée d'un point de vue psychiatrique ; le fait que l'assuré présentait une exagération de certains troubles n'annulait pas les observations objectives plaidant pour l'existence de certains troubles avec des limitations fonctionnelles objectivables ; les divergences existantes n'étaient pas d'une intensité suffisante pour remettre en cause le diagnostic psychiatrique ; la description des activités ménagères décrites par l'expert psychiatre était plus complète que la sienne car il n'avait pas tenu compte, en posant les questions à l'assuré, du ralentissement psychomoteur modéré observé par l'expert, lequel avait en conséquence posé plusieurs questions directes et indirectes pour établir une anamnèse fiable concernant les activités ménagères. Il partageait l'appréciation psychiatrique selon laquelle l'exagération de certains symptômes et signes cliniques était très probablement une exagération inconsciente en relation avec les pathologies psychiatriques.

47. Le 11 décembre 2017, le docteur S_____, FMH médecine générale, a attesté d'une capacité de travail totale de l'assuré dès le 1^{er} février 2018, selon évolution.
48. Le 21 décembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions tendant au renvoi de la cause à l'intimé pour prise d'une décision plus motivée et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière : il a joint un rapport médical adressé au médecin-conseil de la Ville de Genève le 14 décembre 2017 du docteur E_____, attestant d'une incapacité de travail totale due à une énorme fragilité psychique, des difficultés cognitives, de l'anxiété, de la fatigue, de la tristesse, de l'irritabilité, de la faiblesse musculaire, des troubles de la mémoire et de la concentration.
49. Le 15 janvier 2018, la Dre R_____ du SMR a rendu un avis selon lequel, dans l'examen des indicateurs il était recommandé – dans la mesure du possible – de

faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Or, cette donnée n'était pas explicitée dans le rapport d'expertise. En l'occurrence, aucun élément (médical ou extra-médical) figurant dans l'expertise ne permettait d'affirmer que l'atteinte à la santé – retenue comme incapacitante par l'expert – avait une influence directe sur les activités de la vie quotidienne (avant et après l'apparition de cette dernière).

L'expert indiquait que « au moment de l'expertise l'assuré gardait des capacités et ressources personnelles, car il arrivait à garder des bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et avec des amis (...) », mais, de manière surprenante, il retenait un isolement social partiel.

L'ensemble des éléments de la vie quotidienne allaient dans le sens de la présence de bonnes ressources personnelles et sociales.

Dans le cas présent, l'assuré ne bénéficiait pas d'un traitement psychiatrique optimal, mais ceci ne pouvait pas être imputé à une mauvaise observance.

L'expert signalait que « les indices jurisprudentielles de gravité pour un éventuel trouble somatoforme persistant ne sont pas remplis, mais ils sont remplis pour un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique en raisons des limitations fonctionnelles objectivables »; le SMR s'était déjà exprimé dans son précédent avis sur les limitations fonctionnelles.

Au vu de ce qui précédait, le SMR ne pouvait suivre les conclusions de l'expert psychiatre quant à une capacité de travail de 50 %.

50. Le 16 janvier 2018, l'OAI a observé qu'il ressortait clairement du status décrit par le Dr Q_____ qu'il n'existait aucun élément de gravité justifiant une quelconque incapacité de travail ; le ralentissement psychomoteur constaté était sévère au cours du premier entretien et, par la suite, était devenu moyen, soit modéré. Il insistait sur le fait que ce ralentissement psychomoteur modéré, avec une tristesse modérée, justifiaient à eux seuls une incapacité de travail de 50 %. A cet égard, il indiquait « ces éléments objectifs sont des limitations fonctionnelles observées lors de l'examen clinique qui ont permis entre autre de considérer une capacité de travail de 50 % ». Or, il ressortait de son complément que ni les troubles de la concentration, ni l'intolérance à la frustration et au stress et l'isolement social partiel ne justifiaient d'incapacité de travail (l'expert les retenait lui-même comme étant des éléments subjectifs). Dès lors, le degré de sévérité des limitations fonctionnelles retenues (modérées) par l'expert ne pouvait en aucun cas justifier objectivement une incapacité de travail de 50 %.

En outre, l'expert indiquait que si l'analyse des indicateurs était faite selon l'ancienne jurisprudence, aucune incapacité de travail en raison d'un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne ne pourrait être retenue. Ceci signifiait donc qu'une telle atteinte ne constituait pas une comorbidité psychiatrique grave

justifiant d'une incapacité de travail. A cet égard, il convenait de relever que l'isolement social n'était que partiel selon les déclarations subjectives de l'assuré (et confirmé par l'expert) et que ce dernier disposait de ressources personnelles préservées (réseau social). De plus, les limitations fonctionnelles ne semblaient pas se manifester de manière uniforme autant dans la vie professionnelle que dans la vie privée.

Enfin, si les indicateurs jurisprudentiels n'étaient pas remplis pour un TSD, ils ne l'étaient pas non plus pour un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne.

51. Le 30 janvier 2018, le Dr S_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré dès le certificat précédent jusqu'au 28 février 2018.
52. Le 16 février 2018, le recourant a communiqué les pièces suivantes :
 - Un rapport du Dr T_____, médecine générale FMH, médecin-conseil de la Ville de Genève, du 23 décembre 2017 selon lequel l'assuré était capable de travailler à 50 % depuis 2011, dans sa fonction d'engagement, selon les conclusions des expertises judiciaires.
 - Un courrier du 29 janvier 2018 de la directrice du département de la culture et du sport de la Ville de Genève adressé à l'assuré, constatant que la capacité de travail de celui-ci était de 50 %, de sorte qu'il était enjoint de se présenter le 5 février 2018 sur son lieu de travail pour une reprise de son activité.

Le recourant a indiqué que sa réinsertion à 50 % se passait bien, de sorte qu'il contestait une capacité de travail de 100 %.

53. Le 6 avril 2018, le Dr S_____ a attesté d'une incapacité de travail totale le 16 février 2018 et de 50 % dès le 17 février 2018. Il a aussi mentionné une reprise de travail à 50 % le 5 février 2018.
54. Le 16 avril 2018, la chambre de céans a requis de l'intimé qu'il précise sur quel avis médical il se fondait pour prétendre à une pleine capacité de travail du recourant, dès lors qu'il considérait l'expertise judiciaire comme non probante et, en particulier, qu'il indique s'il maintenait que l'expertise CORELA était probante.
55. Le 16 mai 2018, l'intimé a indiqué qu'il maintenait que l'expertise CORELA avait pleine valeur probante car elle contenait une anamnèse personnelle et assecurologique complète ainsi que la description des plaintes subjectives du recourant, assorties de constatations objectives consignées dans le status psychiatrique.

L'expert psychiatre expliquait de manière circonstanciée sur quels éléments il fondait son appréciation et motivait de manière satisfaisante les raisons qui l'avaient conduit à exclure tout diagnostic psychiatrique invalidant. Il ressortait finalement, à la lecture du rapport d'expertise, que les plaintes du recourant avaient dûment été prises en considération par les experts de la Clinique CORELA dans le

cadre de l'examen de la capacité de travail. Dès lors, les conclusions quant à l'absence d'une incapacité de travail devaient être suivies.

Comme la chambre de céans avait ôté toute valeur probante à l'expertise CORELA et que l'expertise judiciaire n'était pas probante non plus, il convenait de se fonder sur le dossier, lequel contenait suffisamment d'éléments médicaux et extra-médicaux pour permettre de déterminer la capacité de travail du recourant ; l'expert judiciaire retenait que les indices jurisprudentiels de gravité pour un trouble somatoforme persistant n'étaient pas remplis, de sorte qu'ils ne l'étaient pas non plus pour un trouble dépressif récurrent moyen, ce qui était confirmé par les éléments du dossier et par l'examen des indicateurs ; il ressortait à cet égard :

- qu'aucun élément au dossier ne permettait de retenir l'existence d'une atteinte à la santé d'une gravité telle qu'elle aurait une influence directe sur les activités de la vie quotidienne (absence de comorbidité et de gravité fonctionnelle).
- qu'il n'y avait pas de notion d'échec de traitement dans la mesure où l'assuré ne bénéficiait pas d'un traitement psychiatrique optimal, ce qui permettait de conclure et de confirmer l'absence de gravité de la pathologie.
- que l'ensemble des éléments au dossier, y compris de la vie quotidienne, montraient que l'assuré disposait de ressources personnelles préservées.
- qu'il n'existait pas de limitations uniformes dans toutes les activités de la vie quotidienne et qu'au vu des éléments au dossier l'on ne pouvait parler de retrait social.
- qu'il y avait des discordances entre les plaintes avancées devant les différents médecins et les constatations cliniques qu'y en résultaient.

Après l'examen attentif des indicateurs, l'atteinte à la santé n'était pas invalidante.

56. Le 17 mai 2018, le Dr S_____ a attesté d'une capacité de travail nulle dès le 16 février 2018 et de 50 % dès le 17 février 2018.

57. Sur 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. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGa).
 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
 4. Préalablement, le recourant se plaint de la violation de son droit à obtenir une décision motivée de la part de l'intimé, de sorte qu'il conclut à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision motivée.

A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 p. 282; 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 V 368 consid. 3.1 p. 370). Constitue également un aspect du droit d'être entendu, consacré à l'art. 29 al. 2 Cst., le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 129 I 232 consid. 3.2 p. 236; 126 I 97 consid. 2b p. 102 s.).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437 ; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_713/2012 du 28 janvier 2013).

La violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 ; 137 I 195).

En l'occurrence, la décision litigieuse expose qu'elle se fonde sur l'avis du SMR selon lequel, après instruction médicale, la capacité de travail du recourant est considérée comme entière depuis toujours. Cette motivation doit être considérée comme suffisante. Cela dit, une éventuelle violation du droit d'être entendu du recourant serait, en toute hypothèse, réparée par la procédure par devant la chambre de céans, laquelle a un plein pouvoir de cognition ; en effet, l'intimé a développé, dans sa dernière écriture, de manière plus approfondie, les raisons qui motivaient le refus de toute prestation au recourant.

-
5. 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).

6. 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.
7. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
8. 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).
9. 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.
10. 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).
11. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré

d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

12. 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 LPG. 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).

13. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

14. 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).
15. En l'espèce, par ordonnance du 17 janvier 2017 (ATAS/19/2017), la chambre de céans a confié une expertise bidisciplinaire aux Drs Q_____ et P_____, en considérant ce qui suit :

Il convient d'examiner l'expertise réalisée par les médecins de la clinique CORELA à la lumière des exigences dégagées par la jurisprudence.

Au plan formel, on relèvera que le rapport contient bien une anamnèse, qu'il relate certaines plaintes du recourant, et que les médecins ont émis certains diagnostics avant de se prononcer sur la capacité de travail. Toutefois, ces divers éléments sont à ce point enchevêtrés qu'il est quasiment impossible de distinguer entre les éléments qui ressortent de la lecture du dossier, les déclarations du recourant sur son historique médical, les plaintes qu'il a spontanément signalées aux experts, celles qui sont relatées dans les rapports médicaux, les explications scientifiques sur certaines atteintes et les constatations des experts. On ignore d'ailleurs quels chapitres ont été rédigés par quels experts. Il semble de plus que l'interniste se soit contenté d'un « avis », par opposition aux consultations réalisées en rhumatologie et en psychiatrie, et n'ait pas procédé à un examen clinique du recourant, ce qui est douteux au vu du mandat confié à la clinique CORELA. Le fait de scinder l'expertise par chapitres consacrés aux différents diagnostics – même ceux qui ne sont pas retenus – conduit en outre à d'innombrables redites et permet de douter de la capacité des experts à émettre un jugement global sur la capacité de travail du

recourant. Au vu des carences de sa structure, de ses redondances et de son manque de clarté, le rapport de la clinique CORELA est à la limite de l'intelligibilité, et on peut se demander si ce motif ne justifierait pas déjà en soi de lui dénier toute valeur probante.

Cette question peut toutefois rester ouverte dès lors que même s'il fallait admettre que l'expertise satisfait aux exigences formelles, elle présente également d'importantes contradictions et lacunes sur le fond.

Il convient par exemple de souligner qu'il est fait état à l'anamnèse que les résultats permettant d'infirmier la présence d'une fièvre méditerranéenne familiale ne sont pas connus, alors que les experts mentionnent plus loin qu'ils sont négatifs. S'il s'agit là d'une contradiction sur un point de détail, elle permet néanmoins de se demander – au vu du manque de synthèse de l'expertise – si tous les médecins intervenant ont eu connaissance du dossier médical, voire si ce sont bien eux qui ont établi et rédigé l'anamnèse. On s'étonne en outre de lire dans ce chapitre que les menaces téléphoniques reçues par le recourant ont entraîné de la peur plutôt qu'une névrose post-traumatique, dès lors qu'il s'agit là d'une appréciation médicale qui n'a pas sa place à ce stade de l'expertise et qui donne une apparence de prévention de la part des experts. En ce qui concerne les plaintes dans la vie quotidienne, elles sont en outre minimisées par les experts, qui font péremptoirement état d'un fonctionnement extrêmement routinier et peu altéré par un processus psychique, sans aucunement motiver cette allégation, qui n'a pas non plus sa place dans une anamnèse. On ne voit d'ailleurs pas en quoi une routine quotidienne permet d'exclure un diagnostic psychique.

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

pas retenu de limitation fonctionnelle sous forme d'impossibilité de fléchir le tronc, au motif qu'une telle restriction toucherait plus le rachis lombaire. Or, le recourant se plaint également du rachis lombaire, et il aurait suffi à la Dresse J_____ de se déterminer sur cette limitation dans le cadre de l'examen des lombalgies rapportées, ce qu'elle a omis de faire. Enfin, en guise d'explication sur la divergence avec l'avis des médecins traitants, s'agissant du caractère non invalidant des pathologies cervicales, l'experte s'est bornée à répéter que ces atteintes n'avaient jamais été incapacitantes. Or, la répétition d'une conclusion ne saurait se substituer à une motivation de cette conclusion.

L'experte a également exclu tout diagnostic en lien avec le rachis lombaire. Elle a allégué une discordance sur ce point, notamment s'agissant du périmètre de marche, en soutenant que le recourant faisait état d'une limitation à un kilomètre d'une part et à dix minutes d'autre part. Or, un kilomètre se parcourt en dix minutes de marche à un rythme légèrement soutenu. Il n'y a donc pas de discordance sur ce point. Quant à l'ostéophytose L1-L2 mentionnée par les radiologues, l'experte a nié son existence « à la lecture actuelle des images ». En ce qui concernait l'examen neurologique des membres inférieurs, l'experte a également vu une discordance dans le fait qu'elle constatait une hypoesthésie tacto-algique à gauche, alors que le rapport des HUG la mentionnait à droite. Il peut cependant s'agir là d'une simple erreur de transcription dont on ne saurait se prévaloir pour écarter l'existence de tout trouble en présence d'une déficience objectivement constatée, comme c'est le cas en l'espèce, puisque les réflexes rotuliens sont absents des deux côtés. Dès lors que de tels réflexes relèvent de réactions nerveuses involontaires, il paraît impossible de simuler leur absence. Partant, il est incompréhensible que l'experte ait conclu à la normalité de l'examen neurologique malgré cette anomalie objective.

La Dresse J_____ a précisé que les nouvelles radiographies montraient non pas une vraie scoliose du rachis lombaire, mais une attitude scoliotique sinistro-convexe, alors que celle-ci était décrite comme dextro-convexe sur les radiographies de décembre 2007. Elle en a conclu que la lecture actuelle des images n'allait pas dans le sens des différentes conclusions. Cependant, même si l'attitude était sinistro-convexe et non dextro-convexe, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une constatation objective dont l'incidence éventuelle devait être exposée de manière motivée. Les conclusions de l'experte sont par ailleurs incompréhensibles et contradictoires, puisqu'elle a indiqué que l'attitude scoliotique n'était pas retrouvée alors qu'elle l'a admise quelques lignes plus haut. Elle a par ailleurs signalé des éléments de majoration, sans toutefois exposer en quoi ils consistaient. Sur ce point, l'expertise est incomplète. S'agissant des conclusions sur l'absence d'incapacité de travail en lien avec le rachis lombaire, l'experte a affirmé que la baisse de rendement admise par le Dr H_____ n'avait pas d'explications. Or, comme on l'a vu, elle a exclu certaines constatations radiologiques – qui pourraient expliquer les

douleurs du recourant – d’une manière qui ne résiste pas à l’examen, de sorte qu’elle ne saurait être suivie.

L’expertise indique en outre que le diabète pourrait expliquer la possible neuropathie des membres inférieurs. L’évocation de cette dernière atteinte est pour le moins contradictoire, dès lors que le bilan neurologique des membres inférieurs a été qualifié de normal.

Les experts ont par la suite exclu toute limitation ou incapacité de travail en lien avec les céphalées. Or, ils ont mentionné un diagnostic de discrète hyperplasie intimale non spécifique. Dans le cadre du rapport d’expertise, il était indispensable d’exposer la nature de cette atteinte ainsi que ses possibles répercussions sur la capacité de travail – en précisant cas échéant pour quels motifs les céphalées du recourant ne pouvaient lui être imputées.

Sur le plan psychiatrique, la chambre de céans relève d’abord que le rapport ne contient pratiquement aucune indication sur le status clinique, ce qui ne manque pas de surprendre compte tenu du volume important du rapport d’expertise. L’expert psychiatre a notamment exclu les diagnostics « pseudo-dépressifs » et anxieux posés par les médecins, au motif que les examens cliniques étaient assez sommaires et, partant, peu convaincants. Or, les rapports des médecins traitants n’ont pas été établis à des fins d’expertise. Cela explique que leurs auteurs n’aient pas relaté de manière détaillée les status cliniques auxquels ils ont procédé, mais ne suffit pas à considérer que ces examens cliniques étaient incomplets et que les diagnostics qu’ils fondent sont erronés. Il était du reste loisible au Dr L_____ de contacter les psychiatres traitants pour obtenir de plus amples informations s’il considérait leurs rapports incomplets. Par ailleurs, l’expert psychiatre semble s’être attaché à poser des diagnostics en fonction des éléments rapportés dans les rapports médicaux du dossier plutôt qu’en se fondant sur ses propres observations, dérogeant ainsi à la mission qui lui a été confiée.

Dans la mesure où le Dr L_____ exclut tout diagnostic psychiatrique, il est en outre incompréhensible qu’une personnalité à traits narcissiques soit signalée dans la synthèse, alors qu’aucun élément diagnostique ne figure dans l’examen clinique.

Les chapitres consacrés aux troubles psychiques ne sont pour le surplus pas non plus exempts de contradictions. Ainsi, le Dr L_____ indique que le recourant semble avoir des troubles de la mémoire lors de l’examen, alors qu’il a exclu des troubles cognitifs. En outre, le sommeil est qualifié de « très bon » alors que dans les plaintes, des troubles du sommeil – certes en voie d’amélioration – sont évoqués. Par ailleurs, l’expert psychiatre relativise toutes les plaintes du recourant, soutenant notamment qu’elles ont un caractère « fourre-tout » et ne sont pas imputables à un trouble psychique. Une telle allégation, qui n’est étayée par aucune argumentation médicale, est dépourvue de toute valeur scientifique. S’agissant de la pauvreté de la vie sociale du recourant, l’expert la conteste au motif qu’il fréquente

le tea-room de son épouse, qu'il voit deux à trois fois par année sa famille en Suisse, et a rendu visite à sa famille en Turquie trois ans auparavant. Or, on ne peut pas sérieusement considérer que des contacts familiaux biannuels, voire triannuels, sont indicateurs d'une vie sociale non altérée. L'expert nie également toute valeur au score de l'auto-questionnaire de Beck, dont il affirme qu'il contraste avec la réalité clinique. À défaut de description de cette réalité clinique, on ne saurait se rallier sans autre à cette conclusion.

Le rapport du Dr L_____ comporte de surcroît de nombreuses remarques sur le manque allégué de motivation du recourant et ses tendances revendicatrices. Dès lors que l'expert n'expose pas quels sont les éléments qui lui permettent de parvenir à une telle conclusion, cette affirmation apparaît comme un jugement de valeur. Or, il sied de rappeler qu'on peut et on doit attendre d'un expert médecin qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos, nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.2.1).

S'agissant des critères permettant de reconnaître le caractère incapacitant d'un trouble somatoforme douloureux, la chambre de céans rappellera que le Tribunal fédéral les a revus dans un récent arrêt. Selon la nouvelle jurisprudence, il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères pris en compte par le Dr L_____, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.6).

Enfin, l'expert psychiatre ne s'est pas prononcé sur le diagnostic d'état de stress post-traumatique, alors même qu'il a considéré que l'incarcération et la torture étaient relatées de manière authentique. Sur ce point également, son rapport s'avère lacunaire.

Eu égard à ces éléments, l'expertise de la clinique CORELA ne saurait se voir reconnaître valeur probante.

16. a. En l'occurrence, le rapport d'expertise judiciaire bidisciplinaire, composé de l'expertise psychiatrique du Dr Q_____ du 15 mai 2017, complétée le 9 octobre

2017, et de l'expertise rhumatologique du Dr P_____ du 13 juin 2017, complétée le 13 octobre 2017, remplit tous les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

En effet, cette expertise, fondée sur un examen orthopédique du recourant de deux heures quinze minutes et un entretien psychiatrique de sept heures (trois rendez-vous), comprend une anamnèse complète, un résumé des plaintes du recourant, des diagnostics et des conclusions claires relativement à la capacité de travail du recourant, ainsi que des tests biologiques et psychométriques analysés de façon cohérente.

Les experts retiennent, d'une part, des diagnostics rhumatologiques de cervicodiscarthrose M50, pathologie de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite avec rupture du long chef du biceps M66.5 et tendinopathie calcifiante du supra-épineux M65.2, lombodiscarthrose M51, et, d'autre part, des diagnostics psychiatriques de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel moyen, avec syndrome somatique persistant depuis 2011 et probablement de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, avec critères de gravité jurisprudentiels partiellement remplis.

Selon les experts, il existe des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées mais significatives qui entraînent une limitation de la capacité de travail à 50 %, dans toute activité, depuis 2011, soit une tristesse modérée, mais présente la plupart de la journée et un ralentissement psychomoteur modéré avec fatigue. Le recourant ne présente pas de toxicodépendance et est compliant au traitement antidépresseur.

b. Le recourant semble se rallier aux conclusions de l'expertise judiciaire puisque dans sa dernière écriture du 16 février 2018, il relate qu'il a repris son ancienne activité à 50 % et que cette réinsertion semble bien se passer. Par ailleurs, la conclusion qu'il a formée dans ses observations du 21 décembre 2017, soit l'octroi d'une rente d'invalidité entière n'est pas motivée et est contraire aux conclusions de l'expertise judiciaire bidisciplinaire qui atteste d'une capacité de travail de 50 % et non pas nulle ainsi que du certificat médical du 6 avril 2018 du Dr S_____ puisqu'une capacité de travail de 50 % y est mentionnée pour la période débutant le 5 février 2018 ; enfin, si le recourant entend, à l'appui de sa conclusion, se fonder sur les certificats d'incapacité de travail totale jusqu'au 4 février 2018, régulièrement émis par le Dr S_____, force est de constater que ceux-ci, non motivés, ne sont pas à même de remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire.

c. Quant à l'intimé, il se rallie aux conclusions de l'expertise judiciaire rhumatologique mais conteste celle de l'expertise judiciaire psychiatrique.

Les critiques émises par l'intimé ne sont toutefois pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire psychiatrique.

c.a. Le SMR et l'intimé soutiennent que les limitations fonctionnelles psychiatriques du recourant ne sont que modérées et subjectives et ne peuvent justifier une limitation de la capacité de travail de 50 % ; en particulier, la tristesse modérée ne peut avoir une répercussion significative sur les activités de la vie quotidienne du recourant car la description d'une journée type du recourant démontre des ressources non négligeables ; les troubles de la concentration sont subjectifs, l'isolement social ne peut constituer une limitation fonctionnelle ; les éléments pour retenir un trouble dépressif récurrent ne sont fondés que sur les plaintes subjectives du recourant et des éléments anamnestiques, de sorte que l'expertise psychiatrique n'a pas de valeur probante. Le traitement, jugé insuffisant et insatisfaisant par l'expert, doit être adapté mais l'amélioration de la capacité de travail envisagée n'est pas expliquée.

A cet égard, l'expert Q_____ explique que, selon l'examen clinique, il existe un ralentissement psychomoteur d'abord sévère, puis moyen et que cet élément est par excellence un élément objectif et non pas subjectif ; les plaintes de fatigue sont concordantes avec cet élément objectif ; il a également observé une tristesse modérée, concordante avec la plainte de thymie triste. Le trouble de la concentration, l'intolérance à la frustration et au stress et l'isolement social partiel sont effectivement des éléments subjectifs dont il n'a pas tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail. L'expert précise en conséquence les limitations fonctionnelles en retenant une tristesse modérée, présente la plupart de la journée et un ralentissement psychomoteur modéré avec fatigue, objectivés lors de l'examen clinique. L'évaluation de la capacité de travail à laquelle il a procédé se base uniquement sur des éléments objectivables au moment de l'examen clinique. Il a cité les critères diagnostique de la CIM-10 pour retenir un épisode dépressif moyen, ce qui implique d'intégrer les plaintes subjectives aux observations objectivables, ce qui a été fait ; la description d'une journée type du recourant est, contrairement à l'avis de l'intimé, concordante avec un ralentissement psychomoteur modéré objectivé, lequel ralentit le recourant dans de nombreuses activités, même si elles restent possibles ; selon l'expert, l'intimé omet de relever qu'il existe un ralentissement psychomoteur modéré objectivé à l'examen clinique.

c.b. Selon l'intimé, il existe une incohérence entre l'expertise rhumatologique et l'expertise psychiatrique, le Dr P_____ retenant la présence d'une exagération des symptômes et d'un comportement démonstratif du recourant, alors que le Dr Q_____ retient qu'il n'y a pas d'exagération consciente mais des exagérations en lien avec des mécanismes plutôt inconscients, ce qui est de plus contraire au résultat du test psychométrique qui relève une exagération des plaintes cognitives.

La chambre de céans constate que l'expert psychiatre s'est expliqué sur ce point en soulignant de façon convaincante que les troubles de la concentration évoqués

relèvent d'une exagération inconsciente, hypothèse confortée par le fait que le recourant nie une aggravation fulgurante, pourtant attestée par son psychiatre-traitant. Cette exagération ne remet toutefois pas en question les diagnostics posés selon la CIM-10 ; l'analyse est difficile car il faut démêler l'objectif et le subjectif, les parties exagérées et non exagérées ; quant à l'expert rhumatologue, il précise que l'exagération de certains symptômes par le recourant relève d'une exagération inconsciente en relation avec les pathologies psychiatriques.

c.c. S'agissant du traitement, l'expert psychiatre relève à juste titre qu'il n'y a pas de lien, comme le fait l'intimé de façon incompréhensible, entre un traitement non optimal et des limitations fonctionnelles uniquement subjectives. Le recourant est compliant de sorte que le fait qu'un traitement plus adapté à son affection soit proposé ne permet pas de remettre en question l'évaluation de la capacité de travail du recourant au moment de l'expertise.

c.d. L'intimé relève encore qu'il existe une évidente incohérence entre les deux experts au sujet du retentissement significatif des plaintes du recourant dans les activités du ménage, l'un estimant que cette limitation est un lien avec l'atteinte psychiatrique et l'autre qu'elle relève du culturel. Il souligne que cette incohérence n'a pas été discutée lors du consilium. Un consilium dans les règles de l'art n'a pas été effectué.

Les experts se sont prononcés sur cette critique en relevant, de façon convaincante, que la discordance évoquée ne remet pas en cause le diagnostic psychiatrique ; l'intimé mentionne un aspect culturel expliquant que le recourant ne participe pas aux tâches ménagères, aspect qui a été mentionné par le traducteur mais non pas par l'expert rhumatologue. Le recourant a eu tendance à amplifier ses plaintes avec l'expert rhumatologue, davantage qu'avec l'expert psychiatre ; avec celui-ci, il a précisé qu'il participe à certaines tâches ménagères. Il n'y a pas d'incohérence à conclure à une capacité de travail entière du point de vue rhumatologique et de 50 % du point de vue psychiatrique ; les experts ont précisé qu'il s'agissait d'une situation complexe où les limitations fonctionnelles objectivables sont brouillées par des limitations subjectives et des autolimitations avec des exagérations ; les observations objectives révélant les limitations fonctionnelles objectivables ne peuvent être annulées par le constat qu'il existe aussi une exagération d'autres troubles. L'anamnèse de l'activité ménagère de l'expert rhumatologue a été plus brève que celle de l'expert psychiatre et repose en partie sur une appréciation subjective de l'interprète ; l'expert rhumatologue estime que, s'il avait mieux tenu compte du ralentissement psychomoteur du recourant et approfondi cet aspect avec le recourant, il serait arrivé à une description similaire à celle de l'expert psychiatre.

c.e. L'intimé estime que l'expert psychiatre a largement dépassé son rôle d'expert en relevant que l'expertise CORELA a une faible valeur probante et en soulignant l'impartialité des experts. Les critiques à l'encontre de l'expertise CORELA ne

sont, selon lui, pas fondées et l'expert psychiatre n'explique pas les divergences d'anamnèses entre son expertise et celle de l'expertise CORELA.

A cet égard, il convient de relever que la critique de l'intimé n'est pas pertinente dès lors que, dans son ordonnance du 17 janvier 2017, la chambre de céans a motivé les nombreuses raisons qui justifient de s'écarter du rapport de la Clinique CORELA, qualifié « à la limite de l'intelligibilité », en relevant les importantes contradictions et lacunes qu'il comprend, tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique.

Le Dr Q_____ a relevé qu'il a donné un avis psychiatrique sur l'expertise CORELA et que c'est le sens à donner aux termes « faible valeur probante » qu'il a utilisé. La critique de l'intimé est d'autant plus malvenue qu'à la lecture des remarques du Dr Q_____, on constate qu'il critique effectivement l'expertise CORELA sous un angle psychiatrique et non pas juridique (décalage entre l'anamnèse et les plaintes du recourant, défaut de tests, interprétations subjectives de l'expert psychiatre, minimisation des plaintes sans motivation, jugement de valeur des experts sans se baser sur des faits objectifs faisant douter de l'impartialité des experts et l'absence des indicateurs concernant le TSD).

c.f. Le SMR relève que l'expert, après avoir analysé les indicateurs concernant le TSD, n'a pas effectué une comparaison du niveau d'activité sociale avant et après la survenance de l'atteinte à la santé ; or, aucun élément médical ou extra-médical ne permet, selon l'intimé, d'affirmer que l'atteinte à la santé a une influence directe sur les activités de la vie quotidienne.

L'expert psychiatre a confirmé qu'après analyse des indicateurs concernant le TSD, la capacité de travail du recourant n'est pas modifiée et reste de 50 %.

Il existe, selon l'expert, des limitations objectivables, significatives et les critères diagnostics sont remplis pour des épisodes dépressifs récurrents moyens ; la compliance au traitement est bonne mais le psychiatre traitant doit optimiser le traitement ; la modification traumatique de la personnalité, suite à l'état de stress post traumatique dû aux tortures subies en Turquie, a favorisé les épisodes dépressifs récurrents moyens et un isolement social partiel ainsi que l'installation de douleurs somatoformes ; le recourant garde des capacités et ressources personnelles car il a de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et des amis ; il existe une bonne cohérence entre les plaintes et le constat objectif, les incohérences constatées s'inscrivant dans le contexte de la modification traumatique de la personnalité ; le recourant arrive à gérer son quotidien, à participer à des tâches ménagères légères et à avoir des contacts sociaux adéquats mais les limitations fonctionnelles sont uniformes, soit dans tous les domaines comparables de la vie ; le ralentissement psychomoteur et la tristesse modérée sont présents dans toutes les tâches, même si celles-ci restent possibles ; le recourant a une faible motivation pour une réadaptation professionnelle mais cela ne remet pas

en question ses limitations fonctionnelles objectivables ; les indices de gravité ne sont pas remplis pour un TSD, mais le sont pour le trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique.

L'expert a ainsi mis en évidence un ralentissement psychomoteur et une tristesse modérée présentes de façon uniforme dans tous les domaines de la vie du recourant, donc également sur le niveau d'activité sociale de celui-ci ; dans ce sens, l'atteinte à la santé a bien une influence directe sur les activités de la vie quotidienne, ce qui est également cohérent avec un isolement social partiel du recourant ; il n'y a, en particulier, pas de contradiction entre le constat d'un isolement social partiel et la présence de ressources permettant de garder certains contacts familiaux et amicaux.

A cet égard, il convient de rappeler, ce que semble oublier l'intimé, que l'expertise judiciaire a reconnu au recourant une capacité de travail de 50 %, soit un taux qui n'est pas négligeable ; or, pour mettre à profit cette capacité de travail résiduelle, il est nécessaire de posséder certaines ressources, dont des compétences sociales, situation qui n'est pas comparable à celle d'un assuré qui serait reconnu, après application des indicateurs précités, comme totalement incapable de travailler.

c.g. L'intimé expose que puisque l'expert estime que si l'ancienne jurisprudence concernant le TSD était appliquée, le trouble dépressif récurrent de gravité moyenne ne serait pas incapacitant, ce diagnostic ne peut constituer une comorbidité psychiatrique grave, justifiant une incapacité de travail. Selon l'intimé, l'isolement social n'est que partiel, le recourant dispose de ressources personnelles préservées et les limitations fonctionnelles ne semblent pas se manifester de manière uniforme autant dans la vie professionnelle que privée ; si les indicateurs ne sont pas remplis pour un TSD, ils ne le sont pas pour un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne.

A cet égard, il convient d'admettre que l'explication de l'expert psychiatre concernant l'ancienne et la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative au TSD n'est pas très claire. Cependant, l'appréciation de ces critères est de nature juridique, de sorte que la conclusion de l'expert à cet égard n'est pas déterminante. Contrairement toutefois à l'avis de l'intimé, on ne saurait inférer du complément d'expertise du Dr Q_____ (rapport p.14) que le trouble dépressif récurrent n'est pas incapacitant au regard des indicateurs jurisprudentiels pertinents, dès lors que l'expert marque une nette différence entre la présence d'un TSD, sans substrat organique, et celle, en l'occurrence, du trouble dépressif récurrent et de la modification traumatique de la personnalité, comprenant des limitations fonctionnelles objectivées.

Par ailleurs, contrairement à l'avis de l'intimé, l'expert psychiatre ne dit pas que le trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique ne serait pas invalidant après appréciation des indicateurs de l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral,

puisque'il confirme que ce diagnostic entraîne des limitations fonctionnelles objectivables et incapacitantes à hauteur de 50 %.

Enfin, l'affirmation de l'intimé selon laquelle les limitations fonctionnelles ne semblent pas se manifester de manière uniforme dans la vie professionnelle et dans la vie privée du recourant ne repose sur aucun élément objectif, étant par ailleurs relevé qu'il incombe, en relation avec l'examen de cette uniformité, d'examiner le comportement du recourant reconnu capable de travailler à 50 % dans son activité lucrative antérieure. Or, à cet égard, l'expert psychiatre a justement indiqué que les limitations fonctionnelles étaient présentes de façon uniforme dans tous les domaines de la vie du recourant.

c.h. Enfin, l'intimé n'explique pas clairement sur quel avis médical probant il se fonde pour estimer que le recourant est totalement apte à travailler, étant relevé qu'il a d'abord soutenu dans sa détermination du 25 novembre 2016 que l'expertise CORELA a une pleine valeur probante, qu'il a ensuite relevé, dans le même sens, dans ses observations du 31 août 2017, que l'expert psychiatre a émis des critiques non fondées à l'encontre de l'expertise CORELA, sans toutefois contester les arguments développés par la chambre de céans dans son ordonnance d'expertise du 17 janvier 2017 concluant à l'absence totale de valeur probante de cette expertise. Finalement, l'intimé a indiqué, dans sa dernière écriture du 16 mai 2018, qu'il maintient que l'expertise CORELA a pleine valeur probante mais que, la chambre de céans l'ayant écartée et l'expertise judiciaire n'étant elle-même pas probante, il suffit de se fonder sur les éléments médicaux et extra-médicaux au dossier pour conclure à une capacité de travail totale du recourant.

Or, au titre d'élément médical, l'intimé se fonde sur une phrase tirée de l'expertise judiciaire selon laquelle les indices jurisprudentiels de gravité pour un éventuel TSD ne sont pas remplis ; or, l'intimé a dénié toute valeur probante à l'expertise judiciaire de sorte qu'il ne saurait se fonder, pour motiver sa position, sur une déclaration de l'expert, de surcroît sortie de son contexte. Cette manière de procéder n'est pas cohérente. Il en est de même de l'analyse des indicateurs effectuée par l'intimé, puisqu'elle se réfère en partie à l'avis du SMR du 15 janvier 2018, lequel fait référence à l'expertise judiciaire.

Pour le reste, l'intimé n'explique pas sur quel document au dossier il se fonde pour procéder à l'analyse desdits indicateurs.

Au surplus, on comprend mal comment l'intimé peut soutenir que l'expertise CORELA présente une pleine valeur probante ; d'une part au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 2017 (2C 32/2017), relevant, en particulier, que l'administrateur de la Clinique CORELA « a modifié (notamment sur des points non négligeables et en particulier de diagnostics) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert », de sorte qu'en l'occurrence, il existe un doute sérieux sur le fait que l'expertise CORELA

ait été rendue dans les règles de l'art ; d'autre part, au vu de la position de l'intimé qui s'est prévalu du fait qu'il a lui-même renoncé, depuis 2008 déjà, soit antérieurement à l'expertise CORELA en cause, à confier à cette clinique des mandats d'expertises (article de la Tribune de Genève du 14 mars 2018 p. 6), l'OFAS ayant par ailleurs déclaré en avoir fait de même depuis 2015 (réponse du conseil fédéral du 5 mars 2018 – www.parlement.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20185059)

17. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expertise bidisciplinaire judiciaire, probante, et de reconnaître au recourant une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis le 1^{er} janvier 2011.

S'agissant du degré d'invalidité, l'activité antérieure étant exigible et le recourant l'ayant de surcroît reprise, le degré d'invalidité se confond avec le taux de l'incapacité de travail ; il est ainsi de 50 %.

Partant, le recourant a droit, dès le 1^{er} janvier 2012, à une demi-rente d'invalidité.

Cependant, compte tenu du dépôt de sa demande de prestations le 7 octobre 2011, le droit à la rente ne peut débiter que le 1^{er} avril 2012.

18. a. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'500.- sera accordée au recourant 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 [RFGA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

b. 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).

En l'occurrence, une expertise bidisciplinaire judiciaire a été nécessaire, compte tenu de l'absence de toute valeur probante de l'expertise CORELA, effectuée à la demande de l'intimé (au moyen de la plateforme SWISSMED@P), comme cela a été exposé dans l'ordonnance d'expertise du 17 janvier 2017 (ATAS/19/2017). Dans ces conditions, il se justifie de mettre les frais d'expertise de CHF 17'946.- 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 partiellement
3. Annule la décision de l'intimé du 18 décembre 2015.
4. Dit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2012.
5. Alloue une indemnité de CHF 3'500.- au recourant, à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Met les frais d'expertise de CHF 17'946.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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