

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3708/2014

ATAS/74/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 janvier 2016

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1990 et originaire du Kosovo, a été naturalisé suisse en 2005. Après le cycle d'orientation, il a entrepris un apprentissage de mécanicien, puis de fleuriste. De 2008 à 2009, il a travaillé comme nettoyeur et, depuis 2009, comme enquêteur pour différents projets par téléphone pour la société B_____ SA.
2. Le 7 mars 2007, une IRM cérébrale et cervicale a été réalisée, laquelle n'a révélé aucune anomalie notable.
3. Du 15 au 18 mai 2007, l'assuré a été hospitalisé au service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans leur rapport du 11 juin 2007, les médecins de ce service ont posé le diagnostic de parésie de la main droite sur probable trouble somatoforme. A titre de comorbidité, ils ont cité un malaise avec perte de tonus, sans perte de connaissance (crise atonique), avec une électroneuromyographie (ENMG) normale en 2000, un épisode d'hypoesthésie de l'hémiface gauche avec difficulté de mobilité de la paupière gauche durant une à deux semaines spontanément résolu en 2003, et un status post-appendicectomie il y a environ dix ans. Il ressort de cette expertise qu'une ENMG effectuée en janvier 2007 et une ponction lombaire en mai 2007 n'ont mis en évidence aucune atteinte lésionnelle. La neurographie motrice était dans la norme. La clinique était discordante et évoquait un trouble somatoforme. Une consultation psychiatrique en mai 2007 a montré un manque de confiance en soi du patient, ainsi qu'un besoin d'être rassuré par ses proches et principalement par son père. Cela ne permettait cependant pas de poser le diagnostic de trouble somatoforme. Les médecins ont proposé la poursuite d'une physiothérapie et d'une ergothérapie intensives.
4. L'ENMG effectuée en septembre 2012 n'a pas montré d'argument en faveur d'une affection neurologique périphérique du membre supérieur droit, chez un patient gaucher. Le docteur C_____, neurologue FMH, a proposé le soutien d'un psychiatre.
5. En janvier 2013, l'intéressé a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Le 5 février 2013, B_____ SA a attesté que l'assuré travaillait dans son entreprise depuis le 22 janvier 2008 à ce jour, à raison d'une heure et demi par jour, soit sept heures et demie par semaine pour un salaire horaire de CHF 21.-. Le salaire versé correspondait au rendement.
7. Selon le rapport du 4 mars 2013 du docteur D_____, l'assuré souffre d'une parésie de la main droite sur probable trouble somatoforme depuis 2005, ainsi que d'un état anxio-dépressif. A titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, ce médecin a cité un malaise à type de perte de tonus, sans perte de connaissance (crise atonique) en octobre 2000. Malgré des exercices de physiothérapie, d'ergothérapie et d'auto-mobilisation, l'assuré ne présentait aucune amélioration. Il avait dû arrêter son apprentissage de mécanicien, puis avait entrepris des études. Toutefois, son handicap physique devenait de plus en plus gênant sur le plan moral

avec une perte de confiance augmentant progressivement, ainsi qu'une baisse de moral et des crises d'angoisse. Les derniers mois, il présentait des signes d'état anxio-dépressif avec céphalées de tension et difficultés de concentration motivant l'interruption de ses études. Il venait de débiter un suivi psychothérapeutique. Le pronostic devenait de moins en moins favorable, à moins que l'assuré trouvât une formation ou une orientation où il pût se sentir à l'aise. Sa capacité de travail était nulle en tant que mécanicien automobile et dans toute activité physique ou manuelle nécessitant de la force ou l'agilité de la main droite. L'assuré était toutefois capable d'écrire. Concernant l'exercice d'une activité adaptée, le médecin a précisé que l'assuré avait besoin d'une réorientation, afin de définir les objectifs réalistes et de faire un travail sur le plan psychique pour se remotiver à suivre des études.

8. Selon le rapport d'évaluation du 4 avril 2013 de la conseillère en réadaptation de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) l'assuré avait une attitude prostrée, un manque de force apparent dans le bras droit, plus particulièrement le poignet. Il se disait fatigué mentalement. Il était abattu et avait pris du poids en raison d'un isolement plus fréquent à domicile, ainsi que d'un manque d'activité. Au domicile, il se faisait aider dans les activités du quotidien. Sa mère était malade depuis une dizaine d'années et annoncée à l'assurance-invalidité. Son père travaillait comme indépendant. L'assuré vivait avec ses parents, son frère et sa sœur, ainsi que sa grand-mère dans un appartement comportant deux chambres. Il voulait quitter le domicile familial, retrouver du calme pour pouvoir s'installer avec son amie. Il avait interrompu un apprentissage de mécanicien en raison du manque de force dans la main droite, puis suivi des cours d'employé de commerce auprès de l'école Persiaux pendant plusieurs années. Après avoir réussi la première année, il n'avait pas pu terminer les années suivantes en raison d'hospitalisations et de traitements thérapeutiques (ergothérapie, physiothérapie). Dans ses loisirs, il sortait avec des copains. Malgré un désir d'être indépendant financièrement, il disait manquer de motivation pour reprendre ses études. Il avait de bonnes compétences en informatique et pouvait taper à l'ordinateur en utilisant les deux mains malgré son atteinte. Il appréciait également la comptabilité, mais avait plus de difficulté pour la correspondance. Dans sa conclusion, la conseillère en réadaptation a constaté que l'assuré évoquait une baisse de moral avec une perte d'estime de soi, se décrivant comme petit et gros, alors que son frère, qui suivait le collègue, était grand, fort et doué. L'assuré semblait affecté par le regard et les remarques d'autrui. Il avait fait état de périodes de pleurs et d'un isolement au domicile plus fréquent.
9. Selon la note du 2 mai 2013 relative à l'entretien de la conseillère en réadaptation avec le directeur de l'École Persiaux, l'assuré était tout à fait capable pour l'activité d'employé de commerce, était sérieux et sympathique, mais avait besoin de l'argent à l'école.

10. Selon la note de travail du 10 mai 2013 de la conseillère en réadaptation, l'assuré a été informé de la mise en œuvre d'une mesure aux Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 3 au 28 juin 2013. L'assuré disait toutefois ne pas être disponible en raison d'un voyage et d'une cure thermale. La conseillère en réadaptation lui a demandé de se rendre disponible, tout en essayant de reporter la mesure au 20 juin 2013.
11. Selon la note de travail du 13 mai 2013 relative à un entretien entre la conseillère en réadaptation et l'assuré, celui-ci disait ne pas pouvoir décaler son séjour à l'étranger pour une cure thermale. Il espérait par ailleurs obtenir une rente.
12. Le 17 mai 2013, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il le mettait au bénéfice d'une orientation auprès des EPI du 3 au 28 juin 2013.
13. Selon le rapport relatif à une consultation aux Urgences des HUG en date du 22 mai 2013, l'assuré a fait une crise clastique suite à un conflit familial. Il a été amené par son père aux urgences. L'assuré a fait état de sa thymie dépressive et de la difficulté de vivre dans un appartement exigu. Le diagnostic du médecin de l'unité d'accueil et d'urgence psychiatrique (UAUP) était un épisode dépressif majeur récurrent. L'assuré souhaitait intensifier le suivi psychiatrique.
14. Selon la note de travail du 11 juin 2013 de la conseillère en réadaptation de l'OAI, l'assuré ne s'est présenté aux EPI que le 11 juin 2013. Contacté par la conseillère en réadaptation, il a allégué ne pas avoir reçu la convocation. A cet égard, la conseillère en réadaptation a exprimé sa surprise, dès lors qu'elle lui avait donné copie de la convocation le 22 mai 2013.
15. Le 26 juin 2013, l'OAI a adressé à l'assuré une sommation de reprendre contact avec son service d'ici le 8 juillet 2013, afin d'envisager une reprise de la mesure d'orientation mise en place aux EPI, ainsi que de poursuivre cette mesure jusqu'à son terme. L'OAI a fait état de ce que l'assuré était absent du stage aux EPI depuis le 18 juin 2013, sans avoir donné des nouvelles.
16. Selon le rapport du 1^{er} juillet 2013 du service socioprofessionnel des EPI relatif à une période d'observation de cinq jours, l'assuré dispose de compétences assez claires au niveau de la compréhension et de la rapidité d'exécution dans les tâches théoriques. Il présente aussi une très grande adaptation pour suppléer au handicap de la main droite, au point de réussir certains exercices dans le temps normal pour une personne valide avec une qualité d'exécution proche de la norme. Il est ainsi apte à suivre une formation avec des éléments théoriques sans difficultés particulières d'ordre intellectuel. L'assuré a aussi une bonne capacité de réflexion et d'analyse pour suivre des consignes complexes et multiples. Toutefois, l'observation professionnelle avait été trop courte pour pouvoir tirer une conclusion crédible et utilisable concernant ses capacités intellectuelles, sociales et professionnelles. L'évaluation restait très subjective et il n'était pas possible de se prononcer notamment sur la résistance ou l'évolution à court terme de l'assuré.

17. Selon le rapport de clôture du 12 juillet 2013 de la conseillère en réadaptation de l'OAI, l'assuré n'a pas retiré la sommation du 26 juin 2013 qui lui avait été adressée sous pli recommandé. Il n'a pas non plus repris contact avec son service. L'assuré ne semble pas être dans une dynamique de formation et de recherche d'un emploi, même s'il a allégué vouloir être autonome financièrement, afin de pouvoir louer un appartement et ne plus vivre chez ses parents. Il a fait appel à l'Hospice général et exprimé son souhait de percevoir une rente d'invalidité.
18. Par missive reçue à l'OAI le 13 septembre 2013, la doctoresse E_____, psychiatre FMH, a fait savoir à l'OAI qu'elle n'était pas capable de remplir un rapport concernant l'assuré, celui-ci n'étant venu que deux fois à la consultation.
19. Une EMNG effectuée le 26 septembre 2013 ne montrait pas de signe d'atteinte lésionnelle des nerfs médian, cubital et radial droits. L'assuré apparaissait franchement déprimé et défaitiste et était en situation de rupture de sa formation scolaire et professionnelle.
20. Selon le rapport du 10 octobre 2013 du Dr D_____, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la mi-juin 2013. Il présente de plus en plus de douleurs dans l'avant-bras droit et la mobilité s'est péjorée. Sur le plan psychique, son moral s'est détérioré de façon importante, avec des troubles de la concentration et une difficulté à se projeter dans l'avenir. Le Dr D_____ lui a conseillé de reprendre un suivi psychothérapeutique régulier. Le pronostic est défavorable.
21. En juin 2014, l'assuré a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire au Centre d'expertise médical (CEMed) par les docteurs F_____, neurologue FMH, G_____, spécialiste FMH en médecine interne, et H_____, psychiatre FMH, ainsi que Madame I_____, neuropsychologue. Dans leur rapport du 12 août 2014, ces médecins n'ont fait état d'aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur celle-ci : troubles moteurs dissociatifs sous forme d'une atteinte sensitivomotrice distale du membre supérieur droit, troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels dans le contexte de signes de défaut d'effort et de majoration, dysthymie, personnalité anxieuse ou évitante et d'obésité de classe II. La capacité de travail était complète avec un plein rendement. Sur le plan psychiatrique, il est relevé que l'assuré se sent malade depuis la fin de son cycle d'orientation, a progressivement perdu la force et ses capacités en général, commençait à se sentir différent des autres et à souffrir de leur regard. Il ne se sent pas capable de travailler, met en avant les limitations fonctionnelles tant neurologiques que mentales (troubles de la concentration, de la mémoire et perte de confiance). Il se dit également être intimidé par les gens et dépressif, ne voyant pas de solution pour l'avenir, ayant peur de toute le monde, n'ayant aucun intérêt pour cette vie qu'il n'estimait pas être pour lui et ne se voyant pas évoluer, alors que ses anciens camarades d'école avançaient dans la vie. Sa dépression était au maximum. Par ailleurs, il venait d'être quitté par sa femme en mai 2013. Il avait aussi des troubles du sommeil et se sentait souvent fatigué. Il voyait la mort comme une solution, mais n'avait jamais fait de tentative de suicide,

car il était religieux. Il y a une année, il s'était présenté aux urgences psychiatriques en raison d'une crise d'angoisse forte qui l'empêchait de respirer, sans facteur déclenchant. Il avait tendance à éviter le contact avec les autres, avait honte de parler, ne se sentait pas intéressant, avait peur du jugement d'autrui, des moqueries et des reproches. Il ne se sentait pas à la hauteur et inférieur aux autres depuis des années. La plupart du temps il évitait de sortir de chez lui. Quant à ses occupations, il surfait sur internet entre dix et trente minutes par jour, lisait les actualités et s'informait sur Wikipédia. Le soir, il regardait la télévision pendant une heure au maximum. Il n'avait pas d'autres occupations et ne participait pas aux tâches ménagères ni aux courses. Pour les tâches administratives, il se faisait aider par son père. Pour les sondages par téléphone qu'il effectuait depuis l'âge d'environ 17 ans, il était occupé deux à trois heures le soir, mais de manière irrégulière (entre un à dix soirs par mois). L'assuré avait une bonne relation avec ses parents. Sa mère ne travaillait pas, car elle était très malade. Son frère, 21 ans au moment de l'expertise, aurait fait un tentamen médicamenteux et sa sœur, 18 ans au moment de l'expertise, aurait mal tourné, habitait chez des amis et était à la charge de l'Hospice général. En décembre 2013, l'assuré avait épousé une jeune femme venue le rejoindre à Genève depuis le Kosovo. Depuis le 5 mai 2014, les époux étaient séparés et en instance de divorce. D'après l'assuré, la vie avec lui était trop compliquée pour elle à cause des problèmes de santé et financiers. Il avait quelques copains, rencontrés à l'école ou au travail, qu'il ne voyait que très peu et ne les avait plus revus depuis mars 2013, restant plutôt replié sur sa famille nucléaire. Il possédait un permis de conduire et conduisait la voiture automatique de son père de temps en temps. A l'examen clinique il est constaté que l'assuré était négligé, mal coiffé, donnait l'impression d'être fatigué et en retrait, quasiment prostré. La mimique du visage et le regard exprimaient de la tristesse. Pendant l'entretien, il ne pleurait pas, n'exprimait ni douleurs ni angoisses. Le contact était normal et l'attitude en apparence coopérante. Il n'y avait pas de déficit attentionnel et l'expertisé était orienté aux quatre modes. L'examen neuropsychologique mettait en évidence un fléchissement exécutif modéré, concernant les tâches de planification, d'inhibition et de flexibilité, un fléchissement de la mémoire de travail auditivo-verbale, des performances sévèrement déficitaires dans un test mesurant la mémoire épisodique et verbale, et un affaiblissement des fonctions attentionnelles. Toutefois, il y avait des signes de majoration et des incohérences. On observait de fréquentes anticipations négatives et des signes démonstratifs de surcharge, l'expertisé ayant systématiquement tendance à prévoir des performances catastrophiques. Un nouvel EMNG effectué ne mettait pas en évidence une anomalie. A l'examen neurologique, on constatait de discrets troubles statiques vertébraux et une petite sensibilité à la mobilisation du rachis cervico-dorso-lombaire, sans limitation significative de la mobilité et contracture des muscles paravertébraux. On notait par ailleurs une main droite tombante, une faiblesse d'extension de l'avant-bras droit et une impossibilité de tout mouvement volontaire au niveau distal du membre supérieur droit. L'examen de la sensibilité a montré une hypoesthésie tactile et

douloureuse plus ou moins globale de la main droite, ainsi que des latences à l'étude de la sensibilité posturale du membre supérieur droit. Il n'y avait donc aucune atteinte neurologique périphérique à l'origine du déficit sensitivomoteur distal de ce membre ni d'élément pour une atteinte centrale. Enfin, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, la dysthymie et le probable trouble de la personnalité anxieuse et évitante ne pouvant être considérés comme telle. Il n'y avait pas d'affection corporelle chronique ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Les traitements obligatoires stationnaires n'avaient pas échoué, en l'absence d'une prise en charge psychiatrique. Quant au profit tiré de la maladie, il consistait en l'occurrence dans le fait que celle-ci permettait à l'expertisé d'éviter de se confronter au regard des autres dans une activité professionnelle, par exemple.

22. Dans son avis médical du 15 septembre 2014, la doctoresse J_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a constaté que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, sur la base de l'expertise du CEMed.
23. Le 23 septembre 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser ses prestations.
24. Par courrier du 24 octobre 2014, l'assuré, représenté par son conseil, s'est opposé à ce projet de décision et a requis une rente d'invalidité entière. Il a fait valoir qu'il était établi qu'il souffrait d'une parésie de la main droite depuis 2005, ainsi que d'un état anxieux-dépressif depuis 2012. De ce fait, il n'avait pu mener à terme aucune formation. Récemment, son état psychique s'était aggravé.
25. Par décision du 31 octobre 2014, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.
26. Par acte du 3 décembre 2014, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision, sous suite de dépens. Il a fait valoir que l'expertise du CEMed était contradictoire, dans la mesure où elle semblait admettre qu'il ne pouvait se servir de sa main droite, tout en en faisant abstraction, du fait que cette parésie ne pouvait être expliquée sur le plan médical. Néanmoins, son incapacité de travail était bien réelle et durable et l'avait empêché de mener à bien un apprentissage. Sous l'angle psychique, le recourant a considéré que l'expertise sous-estimait l'importance de ses troubles.
27. Dans sa réponse du 13 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise du CEMed, à laquelle il a attribué une pleine valeur probante. On ne pouvait par ailleurs se fier aux seules déclarations subjectives de l'expertisé, de sorte qu'il ne pouvait être reproché à l'expert psychiatre d'avoir sous-estimé les troubles au niveau psychiatrique. Il en allait de même concernant l'atteinte de la main droite.
28. Invité à préciser ses conclusions, le recourant a conclu le 1^{er} avril 2015 à ce que le dossier soit renvoyé à l'intimé en vue d'une nouvelle décision lui octroyant une

rente d'invalidité entière, dès lors que toute nouvelle orientation professionnelle semblait vaine au vu des échecs des tentatives précédentes.

29. Par courrier du 29 avril 2015, le docteur K_____, psychiatre FMH, et Monsieur L_____, psychologue FSP, ont répondu à une demande de renseignements de la chambre de céans. Ils ont émis le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen avec syndrome somatique), de personnalité anxieuse évitante et de troubles moteurs dissociatifs. La capacité de travail était actuellement nulle. A titre de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, ils ont cité un problème de manque de confiance en soi, une conduite d'échec et un retrait social. Ils partageaient la plupart des observations de l'expertise CEMed, mais estimaient que la conjugaison des diagnostics émis était invalidante. Le diagnostic de dysthymie ne paraissait pas non plus refléter la réalité décrite dans le rapport ni ne correspondait à leurs propres observations. Ces problèmes étaient à attribuer à des difficultés du développement de l'identité de l'assuré au début de l'adolescence compte tenu de l'apparition progressive de diminution de capacité de son bras droit, ainsi que de l'échec des lourdes thérapies mises en place, de sa parentification en tant qu'aîné de la famille, devant porter une grande partie des problèmes de ses parents (aider sa mère sur son lieu de travail, faire face aux problèmes économiques et aux dettes) et des problèmes rencontrés par ses frère et sœur. S'en était suivie une perte progressive de confiance en lui et en l'avenir, une succession d'échecs sur le plan scolaire et professionnel. La modification de son apparence en raison de la forte prise de poids avait encore augmenté le sentiment de honte et d'inadéquation. A ce jour, le recourant se débattait face à ces réalités, mais ne parvenait pas à remettre sa vie en ordre. La rupture récente d'avec son épouse avait été un facteur aggravant de son état dépressif et de l'image dévalorisée de lui-même. Le recourant s'était présenté de son propre chef au centre de soins d'Appartenances pour demander un suivi en date du 12 novembre 2014. Une psychothérapie individuelle à raison d'une séance hebdomadaire a été mise en place. Le recourant se montrait à la fois demandeur et très collaborant. L'introduction d'un traitement antidépresseur devait encore être étudiée prochainement. Dans le pronostic, le Dr K_____ et M. L_____ ont relevé que le recourant avait franchi un grand pas en demandant une aide de type psychologique. Cela était porteur de l'espoir de remettre en place une dynamique positive dans sa vie, lui permettant à terme de devenir indépendant. La reconstruction d'un projet de vie prendra par contre du temps et nécessitera des aides à l'insertion professionnelle.
30. Dans son avis médical du 11 mai 2015, le Dr M_____ du SMR a constaté que le Dr K_____ ne suivait le recourant que depuis bien après la réalisation de l'expertise du CEMed et postérieurement à la décision litigieuse. Aucun antidépresseur n'avait été encore prescrit. Cela faisait penser à une aggravation réactionnelle à la séparation d'avec l'épouse du recourant, d'une part, et à la décision litigieuse, d'autre part. L'éventuelle aggravation n'était ainsi ni sévère ni durable, selon la jurisprudence en la matière. Il n'y avait pas non plus une perte de

l'intégration sociale dans tous les domaines de la vie. Le Dr K_____ n'avait pas expliqué les éléments cliniques à retenir pour admettre le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Partant, le SMR a maintenu sa précédente conclusion.

31. Par écriture du 15 mai 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se fondant en substance sur l'avis médical du SMR et l'expertise du CEMed. Le Dr K_____ semblait en outre ne pas connaître la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux.
32. Le 20 mai 2015, l'assuré a été entendu par la chambre de céans et a déclaré ce qui suit :

« Si je ne suis pas allé plus tôt chez un psychiatre, c'est que j'avais beaucoup de préjugés de consulter un tel médecin. Cela m'a demandé un grand effort de demander l'aide d'un psychiatre, car dans mon esprit, il est là pour soigner des « fous ». Mes parents m'ont beaucoup soutenu afin que je fasse ce pas.

Un traitement antidépresseurs m'a été prescrit et j'ai commencé à le prendre. Malheureusement, il m'a provoqué beaucoup d'effets secondaires, je vomis, et j'ai des gros troubles du sommeil.

Quant au stage aux EPI, je l'ai interrompu parce que j'avais beaucoup de douleurs dans le bras. Mon père avait apporté une attestation médicale dans ce sens, mais il semble que les EPI ne l'ont pas reçue.

J'ai beaucoup de problèmes d'oubli et de concentration.

Je suis celui qui parle le mieux le français dans la famille et, auparavant, j'aidais beaucoup mes parents pour toute sorte de démarche administrative. Aujourd'hui, je ne suis plus en mesure de le faire à cause de mes problèmes de concentration.

Contrairement au Docteur K_____, je pense malheureusement que mon incapacité de travail est durable et non pas passagère. »

33. Par ordonnance du 18 août 2015, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et l'a confiée au docteur N_____, psychiatre FMH.
34. Dans son rapport du 24 novembre 2015, sur la base de l'étude du dossier médical et judiciaire, l'examen clinique effectué les 13 et 27 octobre 2015 d'une durée totale de 2h30, incluant un entretien avec le père de l'expertisé, un contact téléphonique avec M. L_____, psychologue-psychothérapeute, et une analyse de laboratoire, l'expert judiciaire a posé les diagnostics de personnalité anxieuse et évitante, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, de probable trouble panique et de trouble dissociatif mixte (sensori-moteur et peut-être cognitif). Ces troubles, pris individuellement et en tenant compte de leurs interactions réciproques, entraînaient des limitations fonctionnelles significatives, même si on ne pouvait exclure une participation volontaire aux troubles constatés. Il a toutefois semblé à l'expert que la pathologie et la souffrance étaient authentiques, impression qui était

partagée par les Drs D_____, E_____ et K_____. Le facteur limitant le plus important était une inhibition majeure dans les relations sociales due à l'anxiété et un manque de confiance en soi lié au trouble de la personnalité anxieuse-évitante. Cette limitation était présente depuis le début de l'âge adulte et expliquait, au moins en partie, que le recourant n'eût jamais travaillé au-delà d'un temps très partiel et dans une activité essentiellement soustraite au stress sociaux. Cela avait aussi contribué à l'échec des formations professionnelles entreprises, ainsi que celles proposées par l'intimé, ces situations sociales étant vécues comme très anxiogènes. Une conséquence de cette fragilité de la personnalité était également la difficulté persistante à acquérir une autonomie affective et matérielle suffisante pour s'émanciper du milieu familial. Le trouble dépressif entraînait une diminution de l'énergie disponible et de la motivation, une baisse de l'attention et une difficulté à se projeter vers l'avenir. La composante anxieuse renforçait l'évitement lié à la personnalité, mais aussi l'inhibition dans les contacts sociaux et la difficulté à entreprendre et à regarder vers l'avenir. Le trouble dissociatif sensori-moteur persistant depuis une dizaine d'années, malgré un traitement conduit lege artis, entraînait une difficulté dans le comportement quotidien et professionnel, ce qui aggravait aussi l'anxiété sociale et les inhibitions en résultant. La composante cognitive du trouble dissociatif, si elle était avérée, était susceptible de diminuer le rendement par manque d'attention et besoin de stimulation. Néanmoins, l'expertisé disposait de ressources personnelles, étant intelligent, sensible et pouvant se montrer responsable. Partant, l'expert a estimé la capacité de travail théorique à 40%, en tenant compte de l'ensemble des limitations. La capacité de travail pouvait être estimée à 50 %, si l'on ne tenait pas compte du trouble dissociatif. Il est également mentionné dans cette expertise que les douleurs de la main droite n'ont pas été considérées comme prédominantes. Le trouble sensori-moteur est plus important que la composante douloureuse, raison pour laquelle le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'est pas retenu. En raison d'un taux sanguin insuffisant de l'antidépresseur, la possibilité d'un problème de compliance a été évoquée. Toutefois, d'autres explications étaient envisageables, lesquelles devaient être investiguées par le psychiatre traitant. Au demeurant, la compliance au traitement psychothérapeutique était bonne selon le psychothérapeute traitant contacté par l'expert judiciaire. Quant au phénomène dissociatif (pseudo-neurologique) constaté au cours de l'examen, l'expert a relevé une absence de toute mobilisation du membre supérieur droit, à l'exception du moment où l'expertisé avait montré comment il avait protégé son visage en soulevant son bras devant le visage, lorsqu'il avait été agressé dans la rue. Dans l'anamnèse récente, il est en outre rapporté que le recourant s'était rendu en août 2015 en Argovie en voiture avec un ami dans le but de rencontrer son ex-épouse et qu'ils avaient alors été arrêtés par la police et emprisonnés pendant un mois, accusés d'avoir défoncé un volet de l'appartement où vivait son ex-épouse, et d'avoir cambriolé l'appartement. Selon l'expertisé, ces accusations étaient totalement infondées, même s'il avait avoué sa culpabilité pour sortir de prison, ne supportant plus d'être enfermé. Le

recourant s'était également fait agresser, selon ses dires, en pleine ville de Genève en fin d'après-midi une semaine avant l'expertise par un inconnu qui lui avait asséné un coup de matraque en lui disant « t'es sorti de prison – hein ? ». Le recourant avait déposé plainte et avait dû recevoir des soins à l'hôpital pour des contusions à la tête et au thorax. Il s'agissait probablement d'un ami de son ex-épouse.

35. Dans son avis médical du 8 décembre 2015, la doctoresse O_____ du SMR a rappelé que les troubles dissociatifs sensori-moteurs étaient assimilés aux atteintes sans substrat organique. Or, l'expert judiciaire avait omis d'analyser l'incidence de ces troubles sur la capacité de travail sur la base des indicateurs standards et de discuter les éléments discordants présents. Cela étant, il n'était pas possible de retenir une composante attentionnelle au trouble dissociatif. Au vu de la majoration des symptômes, il était aussi légitime de se demander si celle-ci n'envahissait pas les autres aspects du tableau. Le médecin du SMR a également relevé que l'incarcération du recourant lors d'un voyage en Argovie démontrait qu'il était capable d'organiser et d'entreprendre un voyage de plusieurs centaines de kilomètres en voiture et de recruter un ami pour l'accompagner, ce qui démontrait des ressources personnelles. Quant au trouble panique retenu par l'expert judiciaire, il reposait uniquement sur des éléments anamnestiques. L'admission aux urgences en mai 2013 était en lien avec une crise clastique, selon les experts du CEMed, et non pas avec une crise de panique. Jugeant l'expertise judiciaire lacunaire et non convaincante, le médecin du SMR a maintenu ses précédentes conclusions.
36. Dans ses écritures du 18 décembre 2015, l'intimé s'est rallié à l'avis médical du SMR précité.
37. Le recourant a renoncé à formuler des observations sur l'expertise judiciaire, dans ses écritures du 21 décembre 2015.
38. Sur ce, 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si le recourant présente une invalidité ouvrant le droit à une rente.

4. 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). 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 (art. 7 al. 1 LPGA). L'incapacité de gain doit être la conséquence d'une atteinte à la santé et être objectivement insurmontable (art. 7 al. 2 LPGA).
5. Les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif et donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 3.7.1).

L'atteinte à la santé doit faire l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée (arrêt du Tribunal fédéral op.cit. consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

6. Dans son arrêt 9C_942/2014, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

7. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage l'attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont

les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soin, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. A cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

8. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien

critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doit être attribuée à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

9. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004, 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 pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).
11. a. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a).
- b. 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,

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/ee).

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).

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).

12. a. En l'occurrence, l'expertise judiciaire remplit en principe tous les réquisits de la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été effectuée en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes du recourant, repose sur un examen très approfondi (deux entretiens d'une durée totale de 2h30, un entretien avec le père de l'expertisé, un contact téléphonique avec M. L._____, psychologue-psychothérapeute, et une analyse de laboratoire) et aboutit a priori à des résultats convaincants.

b. L'expert judiciaire considère à juste titre que ses diagnostics rejoignent en majeure partie ceux des experts du CEMed, lesquels ont retenu des troubles moteurs dissociatifs sous forme d'une atteinte sensitivo-motrice distale du membre supérieur droit, des troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels dans le contexte de signes de défaut d'effort et de majoration, de dysthymie, de personnalité anxieuse ou évitante. En effet, l'expert judiciaire émet des diagnostics semblables, à savoir une personnalité anxieuse et évitante, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, un probable trouble panique et un trouble dissociatif mixte (sensori-moteur et peut-être cognitif). La différence d'appréciation, par rapport à celle des experts du CEMed, réside donc dans la sévérité du trouble de l'humeur, ainsi que des limitations résultant des différentes atteintes. L'expert judiciaire estime par ailleurs que le trouble dépressif moyen était déjà présent lors de la première expertise et qu'il n'y a donc pas une aggravation de ce trouble. Selon le Dr

N_____, il existe aussi une anxiété significative qui n'est pas liée à la personnalité, de type trouble panique. Alors même que les experts du CEMed n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle significative en rapport avec les troubles constatés, l'expert judiciaire considère que le trouble de la personnalité anxieuse et évitante engendre une inhibition majeure dans les relations sociales due à l'anxiété et au manque de confiance en soi. C'est cette limitation qui a également contribué à l'échec des formations professionnelles et des mesures professionnelles mises en œuvre par l'intimé, à cause de l'évitement de situations sociales vécues comme très anxiogènes. Une autre cause de la fragilité de la personnalité réside dans la difficulté à acquérir une autonomie affective et matérielle suffisante pour s'émanciper du milieu familial. Le trouble dépressif entraîne une diminution de l'énergie disponible et de la motivation, une baisse de l'attention et une difficulté à se projeter dans l'avenir. La composante anxieuse renforce l'évitement lié à la personnalité, l'inhibition dans les contacts sociaux et la difficulté à entreprendre et à regarder vers l'avenir. Quant au trouble dissociatif, il aggrave l'anxiété sociale et les inhibitions qui en résultent, en raison des difficultés dans les comportements quotidiens et professionnels. Il y a éventuellement aussi une composante cognitive du trouble dissociatif susceptible de diminuer l'attention. L'ensemble de ces troubles entraîne des limitations relativement sévères. Toutefois, compte tenu des ressources personnelles du recourant, la capacité de travail est de 40 %, selon l'expert judiciaire. En excluant les limitations dues au trouble dissociatif, ce taux est estimé à 50 %.

c. L'intimé met toutefois en cause la valeur probante de cette expertise. En premier lieu, il reproche à l'expert de ne pas avoir examiné le caractère invalidant du trouble dissociatif conformément aux indicateurs de la récente jurisprudence en la matière.

Il sied de rappeler à cet égard que l'expert judiciaire ne retient qu'une incapacité de travail de 10% pour ce trouble, essentiellement en raison de l'éventuelle composante cognitive du trouble dissociatif et de la difficulté qu'il entraîne dans le comportement quotidien et professionnel, ce qui constitue un facteur aggravant pour l'anxiété sociale et les inhibitions en résultant.

En ce qui concerne le handicap physique découlant de l'atteinte sensitivo-motrice, il n'engendre en fait pas de limitations notables dans une activité adaptée, de l'avis de la Cour. En effet, le service socio-professionnel des EPI met en évidence, dans son rapport du 1^{er} juillet 2013, que le recourant sait s'adapter pour suppléer au handicap de la main droite, au point de réussir certains exercices dans le temps normal pour une personne valide avec une qualité d'exécution proche de la norme. Il convient également de relever que le recourant est gaucher et que le handicap affecte sa main droite.

En ce que l'expert judiciaire retient que le trouble dissociatif provoque peut-être aussi un trouble cognitif. Cependant, comme exposé ci-dessus, un fait doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante et une simple possibilité n'est pas

suffisante, de sorte qu'une diminution de la capacité cognitive en lien avec le trouble dissociatif ne peut être admise.

Cela étant, il ne s'avère pas nécessaire d'examiner le caractère invalidant de cette atteinte à la lumière de la jurisprudence précitée de notre Haute Cour, celle-ci devant de toute façon être écartée.

Néanmoins, il sied de relever que c'est essentiellement la main droite qui est paralysée et non pas le bras en entier, même s'il ressort également de l'expertise du CEMed une faiblesse d'extension de l'avant-bras, ce qui peut expliquer une diminution de l'utilisation de celui-ci. Le trouble sensitivo-moteur n'est donc pas en contradiction avec la faculté du recourant de bouger son bras droit dans une gestuelle spontanée comme pour se protéger contre une agression en été 2015 ou pour manifester sa colère en mai 2013. Cela ne permet ainsi pas de conclure à une simulation de l'affection à la main droite, comme semble l'insinuer le SMR et l'intimé. A cet égard, il convient à mettre en exergue que le recourant n'a pas cessé de demander des soins médicaux pour sa "main tombante" depuis l'apparition de ce trouble en 2007.

d. Concernant le trouble panique mis en doute par l'intimé, il sied de rappeler que les crises d'angoisses sont déjà mentionnées dans le rapport du 4 mars 2013 du Dr D_____. Quant à la crise clastique en mai 2013, le recourant a indiqué qu'il présentait alors une crise d'angoisse. Le CEMed retient également que l'admission aux urgences des HUG était motivée par une crise de panique. Le recourant a déclaré à cet égard aux experts du CEMed que la crise d'angoisse forte ressentie à ce moment l'avait empêché de respirer, ce qui constitue précisément un des symptômes du trouble panique (cf. DSM-IV p. 464). Partant, la chambre de céans juge convaincant ce diagnostic posé par le Dr N_____. En tout état de cause, il ne justifie pas à lui seul une incapacité de travail.

e. L'intimé met en outre en cause la sévérité des autres diagnostics psychiatriques retenus par l'expert judiciaire, en raison de certaines incohérences et signes de surcharge mis en évidence lors de l'évaluation neuro-psychologique du CEMed. Toutefois, en dehors de l'évaluation neuro-psychologique, aucun des médecins et experts qui ont examiné le recourant, n'a considéré qu'il paraissait exagérer ses troubles psychiques. Ce dernier apparaissait tout à fait authentique dans ses plaintes à l'expert judiciaire. Au demeurant, il ne paraît pas vraisemblable qu'un jeune homme de seize ans, au moment du début de l'atteinte affectant sa main droite, construise en quelque sorte une clinique afin d'en tirer un effet secondaire sous forme de prestations d'invalidité, alors même que le recourant est qualifié par l'expert judiciaire d'intelligent et sensible. Il paraît bien plus probable qu'en raison de son trouble de la personnalité anxieuse et évitante, l'épisode dépressif et du probable trouble panique, le trouble dissociatif lui sert, de façon inconsciente, à éviter des situations de stress sociaux. La chambre de céans juge ainsi convaincante l'explication de l'expert judiciaire, selon lequel c'est essentiellement l'inhibition majeure dans les relations sociales due à l'anxiété et au manque de confiance en soi,

liés au trouble de la personnalité anxieuse-évitante, qui a empêché le recourant d'entreprendre des formations professionnelles, en dépit de résultats encourageants, et de suivre les mesures professionnelles proposées par l'intimé. C'est ce que les experts du CEMed admettent par ailleurs également en considérant que le profit tiré de la maladie consiste en l'occurrence dans le fait que celle-ci permet au recourant d'éviter de se confronter au regard des autres, notamment dans une activité professionnelle.

Il convient aussi de relever que les plaintes rapportées et les constatations cliniques des médecins et experts sont concordantes. Ainsi, il est mentionné dans le rapport du 11 juin 2007 des HUG que le recourant présente un manque de confiance en soi et un besoin d'être rassuré par ses proches, principalement par son père. Le Dr D_____ fait état, dans son rapport du 4 mars 2013, d'une perte de confiance et d'une baisse de moral avec des crises d'angoisse, ainsi que de signes d'état anxio-dépressif avec céphalées de tension et difficultés de concentration. La conseillère en réadaptation de l'intimé indique, dans son rapport d'évaluation du 4 avril 2013, que le recourant a une attitude prostrée, se dit fatigué, abattu et qu'il s'isole fréquemment au domicile. Le recourant semble être affecté par les remarques d'autrui. Lors de la consultation aux urgences des HUG en date du 22 mai 2013, le diagnostic d'un épisode dépressif majeur est posé. Lors de l'EMNG effectué le 26 septembre 2013, le recourant est apparu franchement déprimé et défaitiste. Ces plaintes ressortent aussi de l'expertise du CEMed, le recourant ayant déclaré avoir tendance à éviter le contact avec les autres, honte de parler et peur du jugement d'autrui, des moqueries et des reproches. Il évite de sortir de chez lui la plupart du temps. L'examen clinique du CEMed confirme ces plaintes, dès lors qu'il est constaté que le recourant est négligé, mal coiffé, semble être fatigué et en retrait, quasiment prostré. La mimique du visage et le regard expriment de la tristesse. Ces plaintes et constatations figurent également dans le rapport du 29 avril 2015 du Dr K_____ et de M. L_____.

f. S'agissant des récents événements survenus (incarcération en Argovie et agression), ils ne permettent pas de mettre en doute la sévérité des troubles psychiques ni ne peuvent être considérés comme étant contraires aux diagnostics posés. D'une part, il ne paraît pas incongru que le recourant veuille reprendre contact avec son ex-épouse. D'autre part, il a entrepris ce voyage avec un ami et en voiture, soit dans des conditions sécurisantes. Quant à la réalité du cambriolage, allégué par l'ex-épouse, elle n'est de loin pas démontrée et catégoriquement contestée par le recourant. A cet égard, l'affirmation de l'intimé, dans ses écritures du 18 décembre 2015, selon laquelle le recourant a été capable « de commettre des infractions, de recruter un ami pour l'accompagner », doit être qualifiée de calomnieuse.

g. Au vu de l'ensemble des affections dont souffre le recourant sur le plan psychiatrique et également de la présence du trouble dissociatif depuis 2007, soit à l'âge de seize ans, les conclusions de l'expert judiciaire quant aux limitations

sévères provoquées par les affections psychiatriques emportent la conviction de la chambre de céans. Il ne peut en effet pas être considéré que l'expertise judiciaire comporte des contradictions. Comme exposé ci-dessus, elle donne aussi une réponse convaincante au comportement pour le moins étrange du recourant qui, indépendamment du trouble dissociatif de la main droite, n'a pas réussi à ce jour à travailler au-delà d'un temps très partiel, et cela uniquement dans une activité essentiellement soustraite aux stress sociaux, ni à suivre une formation professionnelle, même dans le cadre très sécurisant des ateliers des EPI, alors qu'il est intelligent et sensible. Il sied à cet égard de rappeler qu'une expertise judiciaire a précisément été ordonnée parce que l'expertise du CEMed n'a pas donné des explications qui ont convaincu la chambre de céans. L'appréciation du CEMed est aussi contestée par le psychiatre traitant. L'expertise judiciaire a permis d'éclairer la chambre de céans sur les appréciations diamétralement opposées du CEMed qui a nié toute incapacité de travail, et du Dr K_____ qui a certifié une incapacité de travail totale.

Toutefois, dans la mesure où le trouble dissociatif, du moins en ce qui concerne ses manifestations physiques, ne peut pas être considéré comme invalidant, conformément à ce qui a été exposé ci-dessus, et qu'un trouble cognitif n'est que "peut-être" associé à ce trouble, selon l'expert judiciaire, seule une incapacité de travail de 50 % peut être admise.

Un tel taux d'invalidité ouvre le droit à une demi-rente.

13. a. Selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date du dépôt de la demande de prestations (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 2).
b. Dès lors qu'en l'espèce, les troubles invalidants étaient déjà présents lors du dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité en janvier 2013, le droit à une rente doit être reconnu dès juillet 2013.
14. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2013.
15. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de dépens.
16. Dans la mesure où l'intimé succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge.

**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 du 31 octobre 2014.
4. Accorde au recourant une demi-rente d'invalidité dès juillet 2013.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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