

GE_GERICHTE A/164/2017 vom 17. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_164_2017

FR: GE_GERICHTE A/164/2017 du 17 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/164/2017 del 17 settembre 2018

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), suisse d'origine kosovare, né le _____ 1985, est arrivé en Suisse en 1997. De 2002 à 2005, il a effectué un apprentissage de peintre en bâtiment, au terme duquel un certificat cantonal lui a été délivré. Dès 2006, il a travaillé en qualité de peintre en bâtiment pour plusieurs employeurs, en dernier lieu, pour le compte de B_____ Sàrl depuis le 6 août 2012.![endif]>![if> 2. Les 17 avril et 25 juin 2008, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en raison d'une atteinte au dos et au coccyx, apparue suite à une chute sur le dos le 16 octobre 2007.![endif]>![if> 3. L'OAI a rassemblé plusieurs pièces médicales, dont il ressort notamment que les diagnostics suivants ont été évoqués par les différents médecins : probable anomalie transitionnelle sous forme de lombalisation de S1, sans lésion osseuse traumatique décelable (rapport établi du 18 octobre 2007 suite aux radiographies) ; fracture luxation du coccyx, fracture de l'apophyse transverse L1 et contusions de l'épaule, du genou et de la cheville (voir notamment la note de radiologie du 15 novembre 2007 relative au CT effectué la veille et rapport de la docteure C_____, de la consultation Santé-Jeunes des hôpitaux universitaires de Genève [HUG] du 17 décembre 2007), étant précisé que l'IRM lombaire du 10 avril 2008 n'a pas mis en évidence de fracture récente ni de tassement ou d'argument pour une lésion évolutive au niveau du rachis lombaire ; épaississement segmentaire d'une boucle sigmoïdienne (rapport du CT abdominal du 5 novembre 2007) ; angulation d'environ 90° entre la première et la deuxième pièce coccygienne, sans œdème visible dans cette région et discret œdème de la dernière pièce coccygienne sans traduction pathologie (IRM du coccyx du 20 mars 2008) ; fracture tassement de la vertèbre L5 (rapport du docteur D_____, médecin interne à la policlinique des services de chirurgie, HUG, du 7 avril 2008) ; bursite rétro-coccygienne et troubles anxieux (rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, du 4 juin 2008) ; rapports de la Dresse C_____ des 1er septembre et 10 octobre 2008) ; lombalgies basses et status après contusion lombaire (rapport de la Dresse C_____ du 1er septembre 2008) ; syndrome de stress post-traumatique et un status après lombalgies aiguës (rapport à l'OAI de la Dresse C_____ du 10 octobre 2008).![endif]>![if> 4. Dans le cadre de la prise en charge des suites de l'accident par son assureur, l'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (CRR) du 1er au 22 octobre 2008. Selon le rapport y relatif, daté du 3 novembre 2008, les diagnostics étaient ceux de chute au travail le 7 octobre 2007 avec notion de contusions multiples (genou droit, cheville droite, épaule gauche et colonne lombaire), arthrodèse de la cheville droite en 1997, notion anamnétique de fracture de la

jambe droite (accident de la voie publique) à l'âge de cinq ans. Lors du séjour, les médecins avaient mis en évidence des signes et symptômes de non organicité de Waddell (3/5). L'assuré présentait des lombalgies chroniques qui ne pouvaient pas être mises en relation avec une atteinte somatique précise ou avec les suites d'un traumatisme, les examens d'imagerie ne montrant pas de lésion traumatique. Un comportement passif, un handicap fonctionnel élevé, une douleur cotée haut sur l'échelle visuelle analogique de la douleur et les nombreuses discordances laissaient présager une réintégration professionnelle difficile. La capacité de travail d'aide-peintre en bâtiment restait nulle jusqu'au 19 novembre 2008 et devait être réévaluée à cette date.![endif]>![if> 5. L'OAI a soumis les pièces médicales précitées à son service médical régional (SMR), lequel a considéré, dans un avis du 13 janvier 2009, sous la plume du docteur F_____, qu'en l'absence d'une affection psychique clairement identifiée et durablement incapacitante et malgré les plaintes algiques de l'assuré, une incapacité de travail durable ne pouvait être retenue. Par conséquent, une capacité de travail entière dans toute activité était exigible dès le 23 octobre 2008.![endif]>![if> 6. Se fondant sur cet avis, l'OAI a rejeté la demande par décision du 3 mars 2009.![endif]>![if> 7. En 2010, l'assuré a repris une activité de peintre en bâtiment. ![endif]>![if> 8. Le 19 novembre 2015, vers 7h45, l'assuré a chuté d'une échelle de plus de 2,50 m et s'est blessé à la tête, à l'épaule, au genou et à la cheville droits.![endif]>![if> 9. Le jour-même, l'assuré a été examiné par les médecins du service des urgences des HUG. Selon leur rapport daté du 14 décembre 2015, l'assuré avait notamment vécu la guerre au Kosovo et avait été victime d'une agression par son supérieur (étranglement de deux ou trois secondes devant témoins). Il présentait des flashbacks liés à ce passé. Il se souvenait de la chute mais pas de l'impact à proprement parler. Au réveil, il avait présenté des céphalées frontales en coup de couteau, des douleurs au genou et au pied droits et depuis lors il mentionnait des nausées sans vomissements, des flashbacks, une impression de dysphagie et une impression de se répéter. Le diagnostic principal retenu était celui de traumatisme crânio-cérébral mineur (S06.0) avec CT cérébral sans évidence de saignement ou de fracture, les diagnostics secondaires étant ceux de douleurs d'un membre (M79.6), douleurs musculaires et sans lésions osseuses de l'épaule droite, du genou droit et du pied droit ainsi qu'état de stress post-traumatique (F43.1).![endif]>![if> 10. En raison de ces atteintes, l'assuré était incapable de travailler.![endif]>![if> 11. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (SUVA).![endif]>![if> 12. Vu la persistance des douleurs, l'assuré a consulté, le 24 novembre 2015, le docteur G_____, spécialiste en médecine générale, lequel a posé le diagnostic de contusion et entorse de l'épaule, de la cheville et du genou droits, entraînant une incapacité de travail de 100%.![endif]>![if> 13. Une IRM de l'épaule droite a été réalisée le 22 janvier 2016. Selon le compte-rendu y relatif, aucune déchirure d'un tendon de la coiffe des rotateurs à droite n'avait été décelée. En revanche, de discrets signes de tendinopathie d'insertion du sus-épineux et un remaniement discrètement inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire, à corrélérer à la clinique, avaient été constatés.![endif]>![if> 14. Le 24 février 2016, l'assuré a été examiné par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport établi le 26 février 2016, le médecin précité a retenu les diagnostics de contusion de l'épaule droite survenue trois mois auparavant avec une nette limitation fonctionnelle au jour de l'examen, traumatisme du genou droit, lequel avait bénéficié, une année auparavant, d'une ligamentoplastie et nette limitation de la mobilité en flexion de ce genou, lors de l'examen, sans nouvelle lésion ligamentaire. Un séjour à la CRR avait été

convenu avec l'assuré.![endif]>![if> 15. Le 25 avril 2016, en raison des atteintes précitées, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Le même jour, il a également formulé une demande de moyens auxiliaires, sous la forme de chaussures orthopédiques de série avec adaptations.![endif]>![if> 16. Dans son rapport du 17 mai 2016 à l'attention de l'OAI, le Dr G_____ a évoqué un état resté stationnaire, avec une atrophie musculaire de la jambe droite et une cheville droite raide. Le pronostic était mauvais. La capacité de travail était toujours nulle, avec des limitations fonctionnelles concernant le port de charges, la station debout et la marche. La capacité de travail dans une activité adaptée devait être évaluée.![endif]>![if> 17. Le 25 mai 2016, l'ex-employeur de l'assuré a notamment renseigné l'OAI sur les conditions salariales et les motifs relatifs à la fin des rapports de travail, à savoir un licenciement avec effet immédiat le 19 novembre 2015, faisant suite à un licenciement ordinaire, le 18 novembre 2015. Selon la lettre de licenciement avec effet immédiat, datée du 19 novembre 2015, le matin-même, l'assuré aurait tenu des propos déplacés et menacé l'un des techniciens, devant plusieurs témoins. Ce comportement inacceptable avait rompu le lien de confiance et l'employeur lui avait donc notifié son licenciement avec effet immédiat. ![endif]>![if> 18. Interrogé par l'OAI, le docteur I_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a expliqué, dans un rapport du 23 mai 2016, que la dernière consultation avait eu lieu le 8 mai 2015. L'assuré présentait alors un épanchement mais son état de santé était cliniquement stable. Le médecin précité n'avait délivré aucun arrêt de travail. ![endif]>![if> 19. Au début du mois de juillet 2016, la SUVA a transmis une copie de son dossier à l'OAI et notamment les pièces suivantes :![endif]>![if> - Le rapport de la CRR, établi le 24 mai 2016, suite à un séjour du 31 mars au 26 avril 2016, dont il ressort que les diagnostics étaient ceux de chute le 19 novembre 2015 avec contusions multiples (épaule, genou et cheville droits) et traumatisme crânien mineur, sans lésion conséquente, arthrose du médio-pied droit, traumatisme du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur (LCA) traitée par plastie (en 2014) et fracture de la jambe droite suite à un accident de la voie publique en 1990, traité par arthrodèse de la cheville droite en 1997. Il y avait eu des complications sous la forme de deux hématomes sous-cutanés en région frontale. Quant aux comorbidités, elles consistaient en une dyslipidémie et une obésité de grade I. A titre d'antécédents, les médecins de la CRR avaient encore retenu une chute, le 7 octobre 2007, avec des contusions multiples (genou droit, épaule gauche, colonne lombaire) sans lésion conséquente. ![endif]>![if> Les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées lors du séjour. Les diagnostics médicaux de séquelles au niveau du pied et de la cheville suite à un accident de la voie publique dans l'enfance ainsi qu'une rupture et réparation du LCA du genou droit en 2014, sans lien avec l'accident, rendaient mieux compte des plaintes et des limitations de l'assuré que les atteintes en lien avec l'accident. Ces atteintes préexistantes pouvaient également influencer défavorablement le retour au travail. Des facteurs contextuels, tels qu'une kinésiophobie, chez un patient avec des traits de personnalité anxio-dépressive et un comportement douloureux qui s'autolimitait, associés à l'absence de contrat de travail, jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré et influençaient défavorablement son retour au travail. Aucune incohérence n'avait toutefois été constatée. Les limitations fonctionnelles étaient provisoirement les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de positions contraignantes pour le genou et la cheville (à genoux, accroupi), pas de marche prolongée, pas de marche sur des terrains irréguliers, pas de gestes répétitifs avec le membre supérieur droit ni de travaux au-dessus du plan des

scapula. La situation n'était pas stabilisée mais elle devait l'être deux mois plus tard. Le pronostic de réinsertion dans l'activité antérieure était défavorable au vu des facteurs médicaux sans lien avec l'accident et des fractures contextuels précités. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable. Dans tous les cas, l'assuré était incapable de travailler jusqu'au 29 mai 2016. Ce rapport se fondait sur deux examens de l'assuré par des spécialistes FMH en chirurgie orthopédique, les docteurs J_____ et K_____, les conclusions du physiothérapeute, les résultats de l'hématologie ainsi que l'imagerie pratiquée à la demande des orthopédistes (radiographie des pieds, des chevilles et des deux membres inférieurs, scanner de la cheville droite, IRM du genou droit). - Un rapport du docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 21 juin 2016, dont il ressort que l'assuré souffrait d'une arthrose talo-naviculaire et calcanéo-cuboïdienne droite, post-arthrodèse de la cheville et sous-talienne, il y a près de 20 ans. Sous réserve des documents récents de la SUVA, une intervention chirurgicale pouvait être envisagée, avec une ostéotomie de correction de l'arrière-pied, dans le but de corriger le varus et l'équin. - L'appréciation médicale du Dr H_____ du 21 juin 2016, dont il ressort qu'en l'absence de lésion traumatique de l'épaule droite mise en évidence par l'IRM, une reprise professionnelle dans l'activité habituelle pouvait être attendue sans diminution de rendement, en évitant les gestes répétitifs avec le membre supérieur droit et les travaux au-dessus du plan des épaules. - L'appréciation médicale du Dr H_____ du 27 juin 2016, à teneur de laquelle l'accident assuré avait entraîné une simple décompensation temporaire de la cheville droite, qui avait précédemment subi une arthrodèse et présentait une arthrose dégénérative par usure. Six mois après l'accident assuré, ce dernier avait cessé ses effets délétères et le statu quo sine devait être fixé au 27 juin 2016. - La décision du 4 juillet 2016, par laquelle l'assureur-accidents a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 22 juin 2016, le médecin d'arrondissement étant d'avis que l'accident du 19 novembre 2015 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles à la cheville droite encore présentés. 20. Dans un courrier du 8 juillet 2016, le Dr G_____ a rappelé à l'OAI que son patient présentait des douleurs du membre inférieur droit, suite à un accident s'étant déroulé en 2014. Une désinsertion du LCA du genou droit avec lâchage avait été constatée, ce qui avait nécessité de la physiothérapie de renforcement. Un récent scanner réalisé à la CRR avait mis en évidence une arthrose du pied droit. Une opération pouvait être envisagée. En annexe figurait le rapport précité du Dr L_____. 21. Dans leur rapport à l'OAI, établi le 20 juillet 2016 en lien avec la demande de moyens auxiliaires, les médecins de la CRR ont répété les diagnostics précédemment posés et ont évoqué une déformation importante avec hallux-valgus et raccourcissement du pied droit de 3 cm et de la jambe droite, par rapport au côté gauche. Le cas était stabilisé du point de vue médical mais une progression de l'arthrose du médio-pied droit était à craindre. En raison de la déformation précitée du pied droit, le port de chaussures orthopédiques était nécessaire. 22. Par projet de décision du 28 juillet 2016, confirmé le 6 septembre 2016, l'OAI a refusé de prendre en charge les chaussures orthopédiques, leur port étant consécutif à un accident, de sorte qu'il appartenait à l'assurance-accidents compétente d'intervenir. 23. Dans un courrier destiné au Dr G_____, daté du 17 août 2016, dont une copie a été adressée à l'OAI, le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a rappelé l'historique médical de l'assuré. L'examen clinique avait mis en évidence un membre inférieur droit avec un status

post-arthrodèse de la cheville et de l'articulation sous-talienne. Il y avait également une atrophie marquée de la loge postérieure de la jambe et un raccourcissement de 1,5 à 2 cm du membre inférieur droit. La marche se faisait avec une boiterie antalgique franche et à petits pas. L'articulation du Chopart et le genou étaient douloureux. Le bilan scannographique de 2016 avait mis en évidence une panarthrose du médio-pied. La situation du genou n'était pas plus favorable et nécessitait un nouvel avis spécialisé, raison pour laquelle le Dr M_____ adressait une copie du rapport à la doctoresse N_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG. Des infiltrations itératives au pied, une à deux fois par année, constituaient une solution pour soulager l'assuré lors des crises douloureuses. Selon le Dr M_____, il n'était plus possible pour l'assuré d'exercer une activité professionnelle physique. Il était définitivement condamné à une activité assise. Il fallait donc que l'assurance-invalidité prenne rapidement le relais pour la mise en place, sans délai, de mesures administratives.![endif]>![if> 24. Le dossier a été soumis au SMR, qui s'est prononcé dans un avis du 17 octobre 2016, sous la plume du docteur O_____, médecin praticien FMH. Après avoir rappelé que l'assuré avait séjourné à la CRR du 31 mars au 26 avril 2016, le médecin précité a résumé l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA du 27 juin 2016, dont il ressort que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle, sans baisse rendement. L'accident du 19 novembre 2015 n'avait pas entraîné de déstabilisation structurelle mais uniquement une décompensation temporaire, de sorte que le statu quo sine était atteint après six mois. Le séjour à la SUVA en avril 2016 avait permis de fixer les limitations fonctionnelles. A teneur du rapport du Dr M_____ du 17 août 2016, l'activité habituelle n'était plus exigible mais la capacité de travail dans une activité adaptée, assise, était entière.![endif]>![if> 25. Le 19 octobre 2016, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus en retenant une capacité de travail entière dans une activité adaptée et est parvenu à un degré d'invalidité de 4,95%.![endif]>![if> 26. Par projet de décision du 19 octobre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait refuser toute rente invalidité et mesures professionnelles. En effet, si la capacité de travail était effectivement nulle dans l'activité habituelle à compter du 19 novembre 2015 (début du délai d'attente d'un an), elle était entière, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues et ce dès le mois d'août 2016. La comparaison des revenus avait conclu à un taux d'invalidité de 4.95 % arrondis à 5 %.![endif]>![if> 27. A teneur d'un courrier du 24 octobre 2016 adressé au Dr G_____ et envoyé en copie à l'OAI, le docteur P_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, avait vu l'assuré en consultation pour une réévaluation de son genou droit suite à une infiltration réalisée le 28 septembre 2016. Les douleurs s'étaient améliorées durant quelques heures à la suite de l'infiltration avec une marche plus physiologique même si elle était toujours accompagnée d'une canne anglaise. Toutefois, le soir, l'assuré avait ressenti un gonflement du genou avec des douleurs nocturnes le limitant à nouveau les jours suivants, plus particulièrement en physiothérapie. Au final, il n'avait pas l'impression d'un changement majeur. L'assuré mentionnait l'impact actuel de cette situation sur son moral et évoquait l'éventualité de voir un spécialiste pour en discuter. Les douleurs présentées par l'assuré étaient certainement d'origine multifactorielle. Au vu de l'impact actuel sur le moral, le Dr Q_____ avait discuté de la possibilité de voir un psychiatre afin d'épauler l'assuré et de permettre possiblement de casser le cercle vicieux négatif dans lequel il se trouvait alors. Dans tous les cas, il était nécessaire que l'assurance-invalidité intervienne pour proposer un reclassement à l'assuré, lequel ne pouvait plus travailler en station debout, dans une activité physique comme la sienne.![endif]>![if> 28. Le 10 novembre 2016,

l'assuré s'est opposé au projet de décision du 19 octobre 2016, ses problèmes de santé l'empêchant de travailler. Etant sous certificat médical, il ne pouvait pas non plus avoir recours à l'assurance-chômage. Il ne comprenait dès lors pas la position de l'OAI. 29. Par décision du 5 décembre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 octobre 2016. 30. Le 9 janvier 2017, la Dresse N_____, s'est opposée, au nom de l'assuré, à la « décision du 19 octobre 2016 » refusant la rente d'invalidité et les mesures professionnelles à l'assuré, contestant en particulier la capacité de travail de 100 % sans baisse de rendement depuis août 2016 retenue par l'OAI alors que l'assuré présentait une limitation majeure de la capacité fonctionnelle, même pour la vie quotidienne. L'assuré présentait des douleurs persistantes et une raideur articulaire du genou droit, malgré des séances de physiothérapie et une infiltration-test de corticostéroïdes infra-articulaire le 28 septembre 2016. Il marchait toujours avec une canne, ses douleurs étaient permanentes, la mobilité du genou et la force étaient restreintes. Cela se surajoutait au problème de cheville droite (antécédent d'arthrodèse de l'arrière-pied droit) pour lequel il était suivi par le Dr M_____. L'assuré présentait une arthrose de tout le médio-pied droit, une atrophie marquée de la loge postérieure de la jambe et un déficit de longueur d'environ 2 cm du membre inférieur droit. La Dresse N_____ sollicitait ainsi la réévaluation de la décision relative à l'assuré, fortement handicapé par son membre inférieur droit, lequel ne pouvait en aucun cas effectuer une activité professionnelle « normale » et devait bénéficier d'une reconversion professionnelle dans une activité en position assise. En copie figuraient les rapports du Dr P_____ du 24 octobre 2016 (voir supra ch. 27) et du Dr M_____ du 17 août 2016 (voir supra ch. 23). L'OAI a transmis le courrier de la Dresse N_____ à la chambre de céans, comme objet de sa compétence. 31. Le 20 janvier 2017, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a formellement interjeté recours contre la décision du 5 décembre 2016 précitée et a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, et, cela fait, principalement à l'annulation de la décision querellée, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en place desdites mesures et calcul du degré d'invalidité à l'issue de celles-ci. Subsidièrement, il a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment considéré que l'avis du SMR du 17 octobre 2016 sur lequel l'intimé s'était fondé pour fixer la capacité de travail du recourant ne pouvait se voir reconnaître la moindre valeur probante, dès lors qu'il s'était limité à reprendre les conclusions du médecin d'arrondissement de la suva de juin 2016, lesquelles étaient contestées et ne prenaient pas en compte la gravité des atteintes. Le médecin de la SUVA avait à ce point sous-estimé les atteintes qu'il avait retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Par ailleurs, le Dr H_____ ne s'était prononcé que sur les seules suites de l'accident assuré par la SUVA alors que l'OAI devait prendre en considération l'intégralité de son état de santé. Le SMR considérait également que le Dr M_____ avait évoqué une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce qui ne ressortait toutefois pas de son rapport. Il ne contestait pas conserver une capacité de travail résiduelle dans une activité. Toutefois, compte tenu de la complexité de son cas et de ses multiples atteintes, il convenait de procéder à une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer l'importance de cette capacité de travail. Il présentait des atteintes au niveau de ses membres supérieurs et inférieurs ainsi que de son dos. S'y ajoutaient des troubles psychiques sous la forme d'un état de stress post-traumatique. Il

présentait également des troubles cognitifs. Le rapport du SMR du 17 octobre 2016 reposait ainsi sur une instruction lacunaire, ce d'autant plus qu'il n'avait jamais procédé au moindre examen. Enfin, le recourant a contesté le degré d'invalidité et les bases statistiques retenus par l'intimé. 32. Par courrier du 17 mars 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Après avoir rappelé la nature spécifique d'un avis du SMR, l'office a relevé que l'avis contesté prenaient en compte non seulement l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA du 27 juin 2016, mais également le compte-rendu établi à l'issue du séjour à la CRR du 31 mars au 26 avril 2014 et la consultation du Dr M_____ du 17 août 2016. Le SMR avait ainsi pris en considération l'ensemble des atteintes dont souffrait le recourant.

Les pièces annexées au recours avaient été soumises au SMR, lequel s'était prononcé le 7 mars 2017. Il en ressortait principalement que tant les conclusions du Dr P_____ (rapport du 24 octobre 2016) et celles de la Dresse N_____ (rapport du 9 janvier 2017) confirmaient ses conclusions dans le sens d'une activité assise. L'instruction du dossier permettait ainsi de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte que la mise en œuvre d'une mesure d'investigations complémentaires notamment sous forme d'expertise pluridisciplinaire s'avérait inutile. S'agissant des statistiques retenues, elles étaient conformes à la jurisprudence en la matière. En annexe figurait l'avis du SMR du 7 mars 2017. Après avoir résumé les différents rapports, la doctoresse R_____ a considéré que : - Le rapport du Dr P_____ du 24 octobre 2016 confirmait les conclusions du SMR du 17 octobre 2016, en ce sens qu'il fallait favoriser une activité assise et éviter une activité physique et la station debout prolongée. Le suivi psychiatrique était proposé à titre de soutien, en lien avec les douleurs et la situation psycho-sociale du recourant et non pour une atteinte psychique constituée ;

- Le rapport de la Dresse N_____ n'était pas non plus en contradiction avec les conclusions du SMR du 17 octobre 2016, dès lors qu'il était également question d'une activité en position assise. S'agissant des éléments en lien avec la cheville droite, ils avaient été pris en considération par le SMR étant donné qu'ils étaient évoqués par le Dr M_____ dans son rapport du 17 août 2016, sur lequel le SMR s'était notamment basé.

Concernant les critiques élevées dans le mémoire de recours du 21 janvier 2017, la Dresse R_____ a relevé ce qui suit : - Les fractures évoquées en lien avec l'accident de 2008 avaient été écartées. Aucune atteinte lombaire n'avait donc été retenue, à l'exception d'une contusion lombaire. Au demeurant, les médecins traitants de l'assuré n'avaient jusqu'alors évoqué aucune atteinte en lien avec la colonne lombaire.

- S'agissant du membre supérieur, l'orthopédiste de la CRR avait uniquement retenu une contusion de l'épaule droite, n'impliquant ni geste chirurgical ni infiltration. Le recourant présentait plutôt des autolimitations plus que de véritables douleurs séquellaires. Par ailleurs, quand bien même aucun diagnostic incapacitant n'avait été évoqué, le SMR avait retenu des limitations fonctionnelles, à savoir pas de geste répétitif avec le membre supérieur droit et pas de travail avec les bras au-dessus de la tête.

- L'état de stress post-traumatique évoqué en décembre 2015 par le service des urgences n'avait plus été mentionné par la suite, notamment par la CRR dans son rapport de sortie, alors que l'assuré avait été hospitalisé pendant presque un mois.

- Le recourant avait subi un traumatisme crânio-cérébral mineur, n'entraînant en principe pas de troubles cognitifs. Par ailleurs, aucun trouble de ce type n'avait été évoqué par les médecins de la CRR.

33. Le recourant a répliqué par courrier du 10 mai 2017 et a contesté que l'intimé ait tenu compte de l'intégralité des atteintes, l'avis du SMR se fondant essentiellement sur les conclusions de la SUVA

Par ailleurs, en annexe à son

écriture, il a notamment produit les pièces suivantes : - Un rapport de la doctoresse N_____ du 7 février 2017, dont il ressort que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, et au maximum de 50% dans une activité adaptée, le patient étant motivé pour faire une reconversion professionnelle. Le rendement ne devrait en principe pas être diminué dans une activité essentiellement assise, hormis en cas de douleurs. En termes de limitations fonctionnelles, l'assuré présentait une raideur articulaire du genou droit et de la cheville droite ainsi que des douleurs de ces deux articulations. Il lui était donc absolument impossible de travailler en position debout permanente. La position assise ne devait pas poser problème, hormis si elle était prolongée sur toute une journée, ce qui était susceptible d'aggraver les douleurs. Une activité à 50 % en position assise majoritairement, mais avec autorisation de se lever régulièrement, était ainsi adaptée. La situation du recourant stagnait depuis février 2015, malgré un séjour à la CRR et les traitements entrepris jusqu'à ce jour. !endif]>!if> - Un rapport du Dr G_____ du 27 avril 2017, évoquant les diagnostics de lombosciatalgies sur arthrose lombaire et discopathie L4-L5 ; status post-déchirure du LCA du genou droit (2014) avec raideur articulaire secondaire ; status post-arthrodèse de la cheville droite en 1997 avec arthrose du pied secondaire avec difficultés à la marche ; état anxio-dépressif réactionnel. Pour le médecin précité, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais possiblement de 50 % dans une activité adaptée, en limitant la station debout et le port de charges, ceci sans perte de rendement hormis les lombalgies résiduelles. !endif]>!if> - Un rapport de la doctoresse S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapeute FMH du 4 mai 2017, dont il ressort que le recourant était suivi à sa consultation depuis le 25 octobre 2016 en raison d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). L'état dépressif avait évolué progressivement depuis plusieurs mois, en lien avec la mauvaise évolution de ses problèmes de membre inférieur droit. À ce jour, la persistance de troubles psychiques du patient était due entre autres à la présence de douleurs chroniques, ainsi qu'à la confrontation à la réalité concernant ses pertes et limitations physiques dont il n'arrivait pas à faire le deuil. A cela s'ajoutait la confrontation à la réalité des limites de l'aide médicale. Du point de vue psychique, la capacité de travail du patient était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, le recourant étant plongé dans une espèce de lassitude, de grande lourdeur. L'élan vital était très diminué, il n'avait aucune énergie, aucune envie, aucune motivation et aucun plaisir. Il présentait également des troubles cognitifs très importants, avec des difficultés d'attention et de concentration, des oublis, une confusion, des étourdissements. Il manquait de ressources psychiques pour reprendre sa vie en main et restait très dévalorisé, frustré, impuissant et se sentant délaissé par un système duquel il attendait de l'aide pour trouver un travail adapté. Le pronostic pour la capacité de travail (dans une activité adaptée) était sombre, après plus de deux ans sans travailler. S'y ajoutaient les troubles psychiques, résultant de la perte progressive de ses moyens. Le patient se sentait démuni, marginalisé, condamné à vivre dans la honte et la pauvreté. Il se sentait également très diminué dans son rôle de chef de famille. Âgé d'à peine 31 ans, il ne voyait pas comment il pourrait vivre dans l'inactivité et la désocialisation. Il lui fallait de l'aide pour retrouver un travail adapté, car il ne pouvait faire les démarches par lui-même. Un essai de mobilisation à des fins de réadaptation devait être effectué rapidement, avant que cela ne devienne impossible. Du point de vue psychique, l'activité adaptée devait être peu stressante, lui laissant la possibilité de changer de position au besoin et de faire des pauses. Par ailleurs, il devait commencer progressivement en augmentant lentement le taux d'activité en fonction de son évolution. Le pronostic quant aux troubles psychiques

dépendait en grande partie de la réintégration dans la vie professionnelle, voire du versement d'une rente de l'assurance invalidité reconnaissant par-là ses limitations. A défaut le patient plongerait irrémédiablement dans une chronicité des troubles

psychiques.![endif]>![if> - Un courrier de Monsieur T_____, physiothérapeute, du 20 avril 2017 dans lequel celui-ci a confirmé pour l'essentiel les troubles décrits par les médecins traitants, et les difficultés à obtenir des résultats et des progrès par rapport à l'état du recourant. ![endif]>![if> 34. L'intimé a dupliqué par courrier du 6 juin 2017 et a expliqué que les nouveaux documents médicaux produits par le recourant avaient été soumis au SMR qui s'était prononcé dans un avis circonstancié du 29 mai 2017. Il en ressortait principalement qu'aucun éléments médical pertinent et objectif ne justifiait une capacité de travail résiduelle de 50%. Partant, l'office précité persistait dans ses conclusions en rejet du recours.![endif]>![if> En annexe figurait l'avis du SMR du 29 mai 2017 mentionné par l'OAI, dont il ressort notamment que les lombosciatalgies n'avaient pas été mentionnées par le Dr G_____ dans son rapport de mai 2016. Par ailleurs, ce médecin ne donnait aucune indication quant à la date d'apparition de ces troubles et ne se référait à aucune imagerie. Les autres atteintes étaient connues. Quant à la Dresse S_____, elle mettait en avant le caractère réactionnel et non durable de l'atteinte psychique, étant donné que le pronostic dépendait essentiellement des prestations de l'assurance-invalidité. Par ailleurs, des limitations non médicales ou physiques étaient évoquées par le psychiatre précité pour expliciter l'atteinte psychique. En résumé, aucune des nouvelles pièces produites n'était susceptible de modifier les conclusions d'octobre 2016, aucune constatation objective ne justifiant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

35. Par courrier du 20 juin 2017, le recourant a estimé qu'il était douteux que les médecins du SMR, médecins praticiens ou généralistes, aient les qualifications professionnelles et personnelles nécessaires pour se prononcer sur son cas, qui était complexe: Il était choquant d'insinuer que les lombosciatalgies pouvaient être postérieures à la décision litigieuse alors qu'il avait été victime de deux chutes. Par ailleurs, dans son rapport du 27 avril 2017, le médecin traitant avait évoqué des lombosciatalgie sur arthrose. Or, ni l'arthrose ni les lombosciatalgies n'étaient apparues en quatre mois, Sur le plan psychique, la Dresse S_____ faisait état d'un état dépressif sévère depuis le début du suivi en octobre 2016.![endif]>![if> Par ailleurs, le recourant a également informé la chambre de céans qu'il avait été opéré le 7 juin 2017 en raison d'une rupture du tendon du biceps brachial distal. 36. Par communication du 23 octobre 2017, l'intimé a transmis à la chambre de céans, comme objet de sa compétence, le rapport d'une consultation multidisciplinaire du 3 octobre 2017 (adressé au médecin généraliste traitant avec copie à la SUVA et à l'OAI) contresigné par les Dr M_____, P_____, N_____ et U_____, dans lequel ces médecins demandaient à la SUVA et à l'OAI de convoquer le recourant pour une évaluation globale et réévaluation de son état actuel, afin de constater que ce patient était en incapacité totale de reprendre son travail de peintre mais qu'il serait disposé à commencer une reconversion professionnelle pour un travail assis adapté dès que son état psychologique le permettrait.![endif]>![if> 37. La chambre de céans a convoqué les parties en comparution personnelle le 4 décembre 2017. ![endif]>![if> Le matin-même de l'audience, le conseil du recourant a annoncé que ce dernier avait été hospitalisé en psychiatrie le week-end précédent, selon justificatifs à produire, et a sollicité en conséquence le renvoi de l'audience. 38. Par courrier du 22 décembre 2017, le représentant du recourant a encore précisé que son client avait pu sortir le 4 décembre en début d'après-midi mais qu'il avait dû se présenter au centre ambulatoire de psychiatrie et

de psychothérapie intégré (CAPPI) de la Jonction l'après-midi même.![endif]>![if> En annexe à ce courrier figuraient les pièces suivantes : - Un rapport de la Dresse S _____, daté du 23 novembre 2017, dont il ressort notamment qu'au début du suivi, l'assuré présentait un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Malgré les traitements antidépresseur et psychothérapeutique, l'état psychique s'était progressivement péjoré. L'augmentation des problèmes orthopédiques avait contribué de manière importante à cette péjoration. Il en allait de même des conséquences économiques et sociales, de la marginalisation et de la dévalorisation. L'aggravation des troubles psychiques avait nécessité un suivi au CAPPI. Au jour de la rédaction du rapport, les diagnostics étaient ceux d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et de trouble anxieux mixte (F41.3). En raison de ces atteintes psychiques, la capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Le pronostic pour la reprise d'une activité adaptée était sombre au vu des troubles psychiques, lesquels risquaient de devenir chroniques en raison de la situation bloquée (maladie physique et conséquences sociales).![endif]>![if> - Un rapport de la consultation ambulatoire de la douleur daté du 6 décembre 2017, dans lequel les diagnostics suivants ont été posés : douleurs multiples post-traumatiques avec mécanisme de sensibilisation centrale, soit céphalées post-traumatiques, gonalgies droites, lombocruralgies d'allure mixte et douleurs de l'avant-bras post-traumatiques d'allure mixte, les comorbidités étant un status post-rupture du tendon du biceps brachial distal à gauche avec réinsertion du tendon biceps brachial le 7 juin 2017, un status post-chute avec contusions multiples et un traumatisme crânien avec perte de connaissance en 2015 avec, depuis, troubles de la mémoire, migraines et troubles du sommeil, un status post reconstruction du ligament croisé antérieur à droite suite à une chute à ski en 2014 et un status post fracture de la jambe droite suite à un accident de la voie publique traité par arthrodèse tibio-talienne et sous-talienne de la cheville droite en 1997. Après avoir procédé à l'anamnèse médicale et résumé l'examen clinique, les médecins de la consultation de la douleur ont relevé que le recourant présentait des douleurs multiples post-traumatiques, avec une composante neurogène au niveau des lombo-cruralgies et de l'avant-bras. Avec le temps, une sensibilisation centrale s'était également installée. Le tableau psychiatrique était au premier plan et était compatible avec un état dépressif, associé à des symptômes neuropsychologiques. Par ailleurs, les médecins proposaient de compléter le bilan des céphalées et des symptômes neuropsychologiques en réalisant une IRM cérébrale et une consultation auprès d'un neurologue. Un bilan neuropsychologique complet était également utile afin de documenter les déficits actuels. Enfin, s'agissant des lombocruralgies, une IRM lombaire pouvait être discutée.![endif]>![if> 39. Par courrier du 16 janvier 2018, le conseil du recourant a informé la chambre de céans qu'en raison de son état psychique, ce dernier se rendait trois à quatre fois par semaine au CAPPI.![endif]>![if> En annexe figurait notamment la lettre de sortie du service de psychiatrie des HUG, datée du 13 décembre 2017, établie suite au séjour du 3 au 4 décembre 2017. Le motif de l'admission consistait en une mise à l'abri dans le contexte d'un trouble de l'adaptation, ce dernier étant le diagnostic principal. Lors de l'admission, l'assuré présentait une symptomatologie anxieuse, des difficultés à l'endormissement avec des ruminations anxieuses et des douleurs chroniques. Il décrivait une situation familiale compliquée, en lien avec son manque d'activité et son engagement en tant que père et mari. Il banalisait en outre ses addictions. 40. A la demande de la chambre de céans, le conseil du recourant a indiqué, par courrier du 9 février 2018, qu'il lui était impossible de communiquer une date à laquelle celui-ci pourrait être convoqué. Il avait été à nouveau

hospitalisé. Par ailleurs, comme cela ressortait d'une attestation du psychiatre traitant datée du 2 février 2018, jointe, l'état psychique du recourant ne lui permettait pas de se présenter à une audience. 41. Le 6 mars 2018, à la demande de la chambre de céans, le conseil du recourant a produit un rapport détaillé de la Dresse S_____, daté du 1^{er} mars 2018, dont il ressort que le recourant présentait, malgré un traitement médicamenteux et psychothérapeutique, une aggravation progressive du tableau clinique depuis l'automne 2017. Une situation bloquée des problèmes orthopédiques et des limitations physiques associées, les conséquences économiques et sociales de la maladie et la marginalisation ainsi que la dévalorisation contribuaient de manière importante à cette péjoration. La symptomatologie psychique avait progressivement pris le premier plan, avec l'augmentation importante de l'anxiété et l'apparition d'un délire de concernement, raison pour laquelle il avait été envoyé au CAPPI fin novembre 2017 pour un suivi de crise. Pendant ledit séjour, le recourant avait présenté des troubles du comportement, avec des achats inconsidérés et des alcoolisations, ayant mené à une hospitalisation de deux jours en décembre 2017 à l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée. En janvier 2018, le recourant avait repris le suivi ambulatoire, se plaignant d'être trop tendu, très irritable. Il évoquait également une agitation interne, des insomnies et des idées noires. En raison de ce tableau, il a sollicité, fin janvier 2018, une hospitalisation volontaire. Il avait ainsi séjourné à l'hôpital de Belle-Idée pendant quatre jours. La possibilité d'un trouble bipolaire n'avait pas été confirmée. Depuis sa sortie de l'hôpital, le 31 janvier 2017, le recourant persistait à dire qu'il n'allait pas bien malgré les adaptations du traitement, se plaignant, notamment, d'une instabilité de l'humeur, d'une augmentation importante de la tension interne et de l'irritabilité, d'adopter des comportements sans tenir compte des conséquences, d'explosions de colère lorsqu'il était contrarié ou lorsque des remarques lui étaient faites. Parfois, il présenterait une certaine élation de l'humeur, pouvant durer de quelques heures à deux jours, pour chuter dans une humeur dépressive, avec des idées noires lui faisant très peur. Pendant ces périodes d'élation, il ne souffrirait quasiment pas et présenterait une augmentation du débit verbal et de la sociabilité. Il boirait de l'alcool, ferait ponctuellement des achats inconsidérés ou des jeux de hasard. Ces périodes d'élation n'avaient pas pu être constatées lors des consultations. Au status psychiatrique, la Dresse S_____ constatait depuis environ cinq mois un patient dans un mal-être grandissant, de plus en plus tendu et irritable, avec une thymie triste et une vision obscure du monde et de l'avenir. Il était ralenti, en retrait, n'avait aucune envie, motivation ou plaisir. Il présentait également des difficultés d'attention et de concentration ainsi que des oublis fréquents. Il ruminait sans arrêt et présentait des angoisses massives et envahissantes ainsi qu'une appréhension et des manifestations somatiques. 42. Forte de ce qui précède, la Dresse S_____ a retenu les diagnostics d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et de trouble anxieux mixte (F32.3). Compte tenu de ces atteintes, le recourant n'était pas en mesure de se présenter à une audience, en raison du stress qui pouvait le déstabiliser encore davantage. 43. Le 27 mars 2018, le conseil du recourant a transmis à la chambre de céans la copie du rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA, du 29 janvier 2018, dont il ressort qu'au vu de toutes les pathologies cumulées et, en particulier, du genou, le recourant ne pouvait prétendre à la reprise d'une quelconque activité. L'activité de peintre ne pouvait être reprise et une reconversion ne pouvait être entreprise. 44. Par courrier du 20 avril 2018, l'OAI a considéré, sur la base des avis du SMR des 24 novembre 2017 et 20 avril 2018, que le recourant présentait une aggravation de son état de santé postérieure à la décision litigieuse tant sur le plan somatique que psychique. Partant, l'OAI maintenait ses

conclusions en rejet du recours et en confirmation de la décision attaquée.![endif]>![if> En annexe figurait les avis du SMR mentionnés dans l'écriture de l'OAI à savoir : - L'avis du 24 novembre 2017, dont il ressort que pour le SMR, il existait une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan psychique clairement postérieure à la décision querellée. Ladite aggravation était réactionnelle à une atteinte somatique au membre inférieur droit. Elle était également liée à un accident s'étant déroulé en main 2017, soit postérieurement à la décision attaquée.![endif]>![if> - L'avis du 20 avril 2018, dans lequel le SMR a précisé sa position sur le plan psychiatrique. Il a ainsi relevé que dans son rapport du 4 mai 2017, le psychiatre traitant avait mis en avant le caractère réactionnel et non durable de l'atteinte, comme cela avait au demeurant été relevé par le SMR dans son avis du 22 mai 2017. Ce n'était qu'en novembre 2017, que la Dresse S_____ avait retenu une incapacité totale de travailler pour des motifs d'ordre psychiatrique, en évoquant le status psychiatrique et une hospitalisation en milieu spécialisé. Au demeurant, dans le rapport du 4 mai 2017, les symptômes évoqués par le psychiatre traitant ne correspondaient pas à un épisode dépressif selon la CIM-10, compte tenu de l'absence de perte de l'estime de soi, des idées de dévalorisation ou de sentiment de culpabilité, des idées suicidaires et du syndrome somatique. Par ailleurs, l'absence de gravité de l'atteinte était corroborée par la conclusion du psychiatre traitant, selon laquelle il fallait qu'une aide soit apportée au recourant pour trouver ce travail étant donné qu'il ne pouvait pas faire les démarches par lui-même. Sur le plan somatique, l'aggravation était également postérieure à la décision du 6 décembre 2016.![endif]>![if> 44. Par écriture du 7 mai 2018, le conseil du recourant a relevé des contradictions entre les termes des avis du SMR et les pièces du dossier. Par ailleurs, il a souligné que le dossier de son client avait été soumis à un médecin praticien et non à un psychiatre, qui ne l'avait jamais examiné. Or, il se trouvait déjà dans un état dépressif en octobre 2016. Enfin et dans tous les cas, l'intimé omettait d'appliquer les nouveaux indicateurs fixés par la jurisprudence fédérale en matière de troubles psychiques. Par conséquent, les avis du SMR des 24 novembre 2017 et 20 avril 2018 n'avaient aucune valeur.![endif]>![if> 45. Après transmission de l'écriture précitée à l'OAI, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. À 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.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343

consid. 3). 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel, subsidiairement à une rente d'invalidité. Concrètement, il convient d'examiner la valeur probante des divers rapports au dossier soumis à la chambre de céans. 6. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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. 28 al. 2 LAI). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 8. a.

S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

b. La reconnaissance de l'existence de tels troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable

en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b/aa. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). A plusieurs reprises, le Tribunal fédéral a considéré, notamment en lien avec des avis du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI, qu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, était en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêt du Tribunal fédéral 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_149/2008 du 27 octobre 2008 consid. 3.2). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). 10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical

précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11. a. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances 8C_441/2007 du 6 mai 2008 consid. 4.2 et I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

b. 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). 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).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26

janvier 2012 consid. 3). 12. En l'espèce, par décision du 5 décembre 2016, l'intimé a refusé de mettre le recourant au bénéfice de mesures professionnelles. Il a également refusé d'octroyer une rente d'invalidité. Cette décision se fonde sur l'avis du SMR du 17 octobre 2016, lequel retient, après avoir évoqué l'appréciation du Dr H_____ du 27 juin 2016, le rapport de la CRR du 24 mai 2016 ainsi que le rapport du Dr M_____ du 17 août 2016, une capacité de travail entière dans une activité adaptée. De son côté, le recourant considère que le SMR a procédé à une instruction médicale lacunaire. Se référant aux rapports des Dresse N_____ et S_____ ainsi que du Dr G_____, il requiert préalablement une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de ces documents. a. A titre liminaire, il sied de relever que l'avis du SMR du 25 avril 2014 constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI précité et qu'il a pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier. Il ne peut comporter des conclusions nouvelles. En tant qu'il porte une appréciation sur la situation médicale du recourant compte tenu, essentiellement, des conclusions du Dr H_____ du 27 juin 2016, du rapport de la CRR du 24 mai 2016 et de celui du Dr M_____ du 17 août 2016, il convient d'examiner la valeur probante de ces documents et, cela fait, la cohérence de l'avis du SMR, étant précisé que contrairement à ce qu'allègue le recourant, le fait que le Dr O_____ soit praticien et non pas spécialiste ne constitue pas un motif pour reconnaître une valeur probante amoindrie à ses rapports, dès lors que selon le Tribunal fédéral, quelle que soit sa spécialisation, un médecin est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence du rapport d'un confrère (voir supra consid. 9b/aa). a/aa. A titre liminaire, la chambre de céans constate que le Dr H_____ a établi deux attestations, la première en date du 21 juin 2016 et la seconde le 27 juin 2016. Dans son avis du 17 octobre 2016, le SMR n'a retenu que le second avis, faisant totalement abstraction du premier. L'appréciation du 27 juin 2016 du Dr H_____ ne permet pas de se prononcer sur la capacité de travail du recourant dès lors que ce médecin s'est uniquement prononcé sur les atteintes en lien de causalité avec l'accident assuré, faisant totalement abstraction des atteintes préexistantes à la cheville, au pied droit ou au genou droit. a/bb. S'agissant du rapport de la CRR, il remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient le résumé du dossier, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des médecins, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, les médecins de la CRR ont retenu les diagnostics de chute le 19 novembre 2015 avec contusions multiples (épaule, genou et cheville droite) et traumatisme crânien mineur, sans lésion conséquente, arthrose du médio-pied droit, traumatisme du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur (LCA) traité par plastie (en 2014) et fracture de la jambe droite suite à un accident de la voie publique en 1990, traité par arthrodèse de la cheville droite en 1997. A titre d'antécédents, les médecins de la CRR avaient encore retenu une chute, le 7 octobre 2007, avec des contusions multiples (genou droit, épaule gauche, colonne lombaire) sans lésion conséquente. Les limitations fonctionnelles étaient provisoirement les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de positions contraignantes pour le genou et la cheville (à genoux, accroupi), pas de marche prolongée, pas de marche sur les terrains irréguliers, pas de gestes répétitifs avec le membre supérieur droit ni de travaux au-dessus du plan des scapula. La situation n'était pas stabilisée mais elle devait l'être deux mois plus tard. Le pronostic de réinsertion dans l'activité antérieure était défavorable mais favorable

en ce qui concernait une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Cela étant, force est toutefois de constater que les médecins de la CRR ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée, se limitant à évoquer un pronostic de réinsertion favorable, sans préciser l'importance de la capacité de travail dans une activité adaptée. a/cc. Quant au Dr M_____, il se prononce effectivement, dans son rapport du 17 août 2016, sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, qu'il estime nulle. S'il évoque une capacité de travail dans une activité adaptée, assise, il n'en donne pas le taux. b. Force est donc de constater que les conclusions des médecins de la CRR et du Dr M_____ se rejoignent sur la question de l'appréciation de la capacité de travail : nulle dans l'activité habituelle, une activité adaptée étant toutefois exigible. Toutefois, aucun des médecins précités ne s'est expressément prononcé sur l'importance de la capacité de travail dans l'activité adaptée. Vu l'absence de précision, le médecin du SMR a considéré que les médecins précités faisaient référence à une capacité de travail entière. On peut se demander si cette manière de procéder ne revient pas à poser de nouvelles conclusions médicales, ce qui dépasse les compétences revenant au SMR lorsqu'il établit un avis au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 RAI dès lors qu'il ne se limite pas à opérer une synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Cette question peut toutefois en l'état rester ouverte, dès lors que la décision querellée doit quoi qu'il en soit être annulée pour d'autres motifs. c/aa. En effet, le 10 mai 2017, en cours de procédure, le recourant a produit un rapport de son psychiatre, la Dresse S_____, dont il ressort qu'il était suivi depuis le 25 octobre 2016 en raison d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'état dépressif évoluait progressivement depuis plusieurs mois en lien avec la mauvaise évolution des problèmes du membre inférieur droit. En mai 2017, la persistance des troubles psychiques était due, notamment, à la présence d'une douleur chronique et à la confrontation à la réalité concernant les pertes et limitations physiques dont il n'arrivait pas à faire le deuil. En mai 2017, la capacité de travail était nulle et ce dans toute activité. Un essai de mobilisation à des fins de réadaptation devait rapidement être effectué. Cela étant, n'étant pas en mesure d'effectuer les démarches par lui-même, le recourant devait bénéficier d'une aide pour trouver une activité adaptée, peu stressante, avec la possibilité de changer de position au besoin et de faire des pauses. Le pronostic dépendant de la possibilité de réintégrer la vie professionnelle ou, le cas échéant, d'une rente d'invalidité validant ses limitations. En d'autres termes, au jour de la décision querellée, le recourant souffrait d'un trouble psychique nécessitant un suivi médical. Or, ce trouble n'a pas été pris en considération lors de l'appréciation de la capacité de travail par le SMR. c/bb. Interrogé en cours de procédure par l'OAI, le SMR a considéré que la Dresse S_____ mettait en avant le caractère réactionnel et non durable de l'atteinte psychique, dès lors le pronostic dépendait essentiellement des prestations de l'assurance-invalidité. Le SMR a également contesté l'appréciation du psychiatre précité, étant donné que les limitations évoquées étaient d'ordre non médical ou justifiées par les atteintes somatiques. Se fondant sur cet avis, l'intimé a considéré, dans sa duplique du 6 juin 2017, que le trouble psychique en question était réactionnel étant donné que le pronostic dépendait essentiellement des prestations d'invalidité. En application de la jurisprudence fédérale, l'intimé a donc considéré que ledit trouble pouvait être traité de manière adéquate et qu'aucun handicap psychique ne pouvait en découler. c/cc. La chambre de céans ne saurait suivre le SMR sur ce point. Certes, l'atteinte psychique semble être réactionnelle. Toutefois, la Dresse S_____ ne la lie pas principalement voire uniquement au refus de l'OAI de verser une

rente mais à la mauvaise évolution des problèmes du membre inférieur droit et au fait que le recourant n'accepte pas ses atteintes et les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent. Certes, le pronostic dépend notamment d'une décision positive de l'OAI. Cela est toutefois subsidiaire, le psychiatre traitant associant le pronostic plutôt à la réintégration de la vie professionnelle et, à défaut, au versement d'une rente validant les limitations. Dans de telles circonstances, on ne peut pas retenir de manière aussi péremptoire que le SMR et, partant, l'OAI, que l'atteinte psychique est purement réactionnelle au refus des prestations d'invalidité et qu'elle peut être traitée de manière adéquate (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_799/2012 du 16 mai 2013 cité par l'intimé). Dans la mesure où ils sont principalement liés aux atteintes algiques dont souffre le recourant, les troubles psychiques sont susceptibles de constituer une atteinte invalidante (voir l'arrêt 9C_830/2016 du 3 mars 2017). Au demeurant, le fait que le SMR lui-même admette, dès le 24 novembre 2017, le caractère invalidant du trouble psychique plaide dans ce sens. En d'autres termes, dans de telles circonstances, l'OAI ne pouvait rejeter la demande du recourant sur la base d'un simple avis du SMR, ce d'autant moins que ce même service médical a reconnu, en cours de procédure, le caractère incapacitant dudit trouble. 13. Il découle de ce qui précède que la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier les répercussions des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et, par conséquent, de déterminer le degré d'invalidité en résultant. 14. En effet, le dossier soumis à la chambre de céans ne comporte aucune appréciation disposant d'une valeur probante suffisante, se prononçant sur toutes les atteintes du recourant et leur effet sur la capacité de travail, étant rappelé que l'OAI n'a pas pris en considération les troubles psychiques dans la décision querellée. Il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, étant rappelé que dans la mesure où la décision est annulée, l'instruction devra porter non seulement sur l'aspect psychique mais également sur l'aspect somatique. Dans ce contexte, la chambre de céans invite l'intimée à déterminer la capacité de travail résiduelle dans l'activité adaptée de manière complète et étayée. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 5 décembre 2016 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.