

GE_GERICHTE A/2222/2017 vom 21. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2222_2017

FR: GE_GERICHTE A/2222/2017 du 21 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/2222/2017 del 21 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à COLOGNY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur à A_____, (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1964, d'origine iranienne, s'est établi en Suisse en 1990. Il a accompli un apprentissage de cuisinier et a travaillé dans cette profession jusqu'en 1997. Il a ensuite perçu des indemnités de chômage et des prestations cantonales en cas de maladie.![endif]>![if> 2. Selon un certificat établi en date du 19 janvier 1996 par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assuré souffrait d'un état anxieux avec de très probables attaques de panique, répondant bien au traitement médicamenteux. Les symptômes étaient déclenchés par des situations de stress. Il conviendrait de rechercher un travail dans une cuisine sans horaires irréguliers, afin de diminuer les facteurs de stress. ![endif]>![if> 3. Le 12 avril 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant une pancréatite, des douleurs au dos, une déformation du genou gauche, des pieds plats et des attaques de panique. ![endif]>![if> 4. Le 24 juillet 1998, le médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE) a rendu un préavis aux termes duquel l'assuré pouvait encore exercer sa profession à 100 %.![endif]>![if> 5. Dans son avis du 16 août 1999, le médecin-conseil de l'OCE a considéré que l'assuré pourrait prochainement reprendre le travail. ![endif]>![if> 6. Une IRM du genou gauche réalisée le 8 juin 2000 a mis en évidence une image de lésion méniscale de stade II, sans signe en faveur d'une déchirure du ménisque. Il n'y avait pas de lésion ostéochondrale ou ligamentaire. ![endif]>![if> 7. Dans son rapport du 7 juillet 2000, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie, a posé les diagnostics de status après pancréatite aiguë, d'ulcère para-pylorique récidivant, de syndrome cervical sur troubles statiques et début de troubles dégénératifs, de gonalgies gauches, de crises de panique et d'angoisse, de status après tendinite de la loge antérieure de la jambe gauche, de status après trachéo-bronchite récidivante et sinusite récidivante, de tympanoplastie huit ans plus tôt et de pieds plats. L'incapacité de travail était totale depuis le 7 septembre 1997. Des mesures professionnelles étaient indiquées. Une activité adaptée ne devrait pas comporter d'efforts physiques ni de port de charges lourdes. L'assuré se plaignait d'épigastries s'accroissant au moindre changement de régime, de douleurs cervicales et dorso-lombaires, et de douleurs au genou gauche. ![endif]>![if> 8. Dans son avis du 2 février 2001, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que l'assuré pouvait en principe travailler après la phase aiguë de la pancréatite. Pour le genou, il fallait examiner si un travail debout était contre-indiqué, et prévoir une activité sédentaire dans l'affirmative. ![endif]>![if> 9. Dans son rapport du 8 mai 2001, l'OAI a retenu que

l'activité de cuisinier n'était plus possible pour l'assuré en raison du stress occasionné. Cependant, selon les avis médicaux, c'était en raison des problèmes de genou et de dos que cette profession était inadaptée. L'OAI considérait que l'assuré pouvait exercer une activité plus légère essentiellement assise à 100 %, par exemple en tant qu'employé dans le conditionnement alimentaire pour un salaire annuel de CHF 36'400.- ou dans le conditionnement de produits pharmaceutiques pour un revenu annuel de CHF 41'600.- à CHF 45'500.-. Selon les indications de l'Union industrielle genevoise, le salaire minimum d'un travailleur non qualifié était de CHF 42'250.- La moyenne de ces revenus, qui représentait le salaire après invalidité, était de CHF 41'437.50. Le revenu sans invalidité était de CHF 47'515.-, conformément à ce que l'employeur avait indiqué à l'OAI lors d'un entretien téléphonique du 30 mars 2001. La comparaison de ces revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 13 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles ou à une rente.!

10. Par décision du 14 juin 2001, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assuré, ce dernier présentant un degré d'invalidité de 13 %. L'OAI conservait le dossier ouvert pour une aide au placement.!

11. Dans son rapport du 15 octobre 2001, l'OAI a indiqué qu'il classait le mandat d'aide au placement, dès lors qu'il était sans nouvelles de l'assuré depuis le 8 mai 2001.!

12. Par décision du 31 juillet 2001, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré l'assuré inapte au placement.!

13. Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision du 14 juin 2001, la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, alors compétente, l'a rejeté par arrêt du 4 juillet 2002 (433/01). Elle a retenu que selon le Dr C_____, une activité sans effort ni port de charges lourdes était adaptée, et que l'assuré pourrait reprendre le travail prochainement selon l'avis du médecin-conseil de l'OCE. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, le salaire avant invalidité actualisé à 2001 se montait à CHF 44'065.15. Le revenu après invalidité correspondait au salaire statistique ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 1998 pour un homme employé à des activités simples et répétitives (ESS 1998, TA1, niveau 4), soit CHF 53'648.75 une fois indexé et adapté à la durée moyenne de travail. Compte tenu d'un abattement de 25 %, ce revenu était porté à CHF 41'774.-, ce qui amenait à un degré d'invalidité de 5.2 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. L'assuré pourrait toutefois s'adresser au service de placement de l'OAI.!

14. Le 21 février 2003, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI en invoquant les atteintes déjà signalées en 2000. !

15. Dans son rapport du 12 mai 2003, le Dr C_____ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire depuis 1997. Son statut était inchangé. Il a joint à son rapport les documents suivants : !

- rapport de tomodensitométrie du massif facial du 1^{er} février 2001, concluant à une importante hypertrophie des cornets des deux côtés, une discrète déviation septale à gauche, un espace aérique du méat moyen passablement réduit par les cornets moyens hypertrophiés et la bulle ethmoïdale hyperpneumatisée des deux côtés ; !
- compte-rendu de turbinectomie moyenne bilatérale, d'ethmoïdectomie antérieure et de septoplastie du 5 février 2001 ; !
- rapport de biopsie du 9 février 2001 concluant à une hyperplasie polypoïde de la muqueuse rhinosinusienne avec inflammation chronique sans éosinophilie (rhinosinusite chronique) ; !
- rapport du 20 décembre 2001 de la consultation d'allergologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), diagnostiquant une rhinite chronique sans composante allergique identifiable et un status après pancréatite en 1997 ; !
- rapport du 12 août 2002 de l'Hôpital de Bienne, selon lequel l'assuré s'était rendu aux urgences en raison d'une sinusite aiguë.!

16. Dans

son avis du 3 octobre 2003, le docteur E _____, médecin au SMR, a retenu que le rapport du Dr C _____ du 12 mai 2003 n'apportait aucun élément médical nouveau. Un nouveau refus devait être communiqué à l'assuré. ![/endif]>[/if> 17. Par décision du 10 octobre 2003, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, invoquant l'absence d'élément médical nouveau. ![/endif]>[/if> 18. Dans sa troisième demande de prestations du 5 mars 2012, l'assuré a invoqué, outre les atteintes déjà signalées, un asthme, une sciatique gauche, des genoux varum, un ulcère duodénal, une gastrite, une rhinosinusite chronique avec surinfections à répétition, une déviation septale, une allergie naso-sinusienne, une hypercholestérolémie traitée et des douleurs cervicales chroniques. ![/endif]>[/if> 19. Par courrier du 15 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui incombait de rendre plausible une modification de son état de santé. Elle l'a invité à lui faire parvenir tous les documents médicaux relatifs à l'aggravation alléguée. ![/endif]>[/if> 20. En avril 2012, l'assuré a indiqué à l'OAI que son état de santé s'était détérioré de manière importante depuis 2003, et il devait prendre beaucoup de médicaments chaque jour. Il était plus âgé et plus faible, et les différents changements dans sa situation familiale le stressaient et le déprimaient beaucoup plus qu'avant. Il se sentait épuisé. Il a produit les documents suivants : ![/endif]>[/if> - rapport du 24 novembre 2010 du docteur F _____, spécialiste FMH en cardiologie, signalant des douleurs thoraciques atypiques d'origine non coronarienne, une absence de cardiopathie significative à l'échocardiographie et un anévrisme du septum interauriculaire, ce qui relevait d'une anomalie mineure sans implication particulière. Par exclusion, les symptômes de l'assuré paraissaient plus vraisemblablement en relation avec un état anxieux ; ![/endif]>[/if> - rapport d'intervention du Service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) des HUG du 17 février 2011, signalant une hospitalisation du 9 au 11 février 2011 pour une intervention en raison d'une déviation septale antérieure droite avec obstruction nasale chronique ; ![/endif]>[/if> - rapport du 14 décembre 2011 du docteur G _____, spécialiste FMH en ORL, diagnostiquant une rhinosinusite chronique polypeuse avec surinfections à répétition et une déviation de la cloison nasale. L'assuré avait subi deux interventions sans succès. Il souffrait également d'allergies naso-sinusiennes. Au vu de l'affection chronique et récidivante, un traitement et des soins réguliers étaient nécessaires ; ![/endif]>[/if> - rapport de radiographie des genoux du 1 er février 2012, concluant à un genu varum débutant sans modification des structures osseuses, avec un léger pincement de l'espace articulaire évoquant une éventuelle lésion méniscale interne ; ![/endif]>[/if> - rapport du 30 mars 2012 du docteur H _____, faisant état d'une aggravation notable de l'état de santé de l'assuré depuis 2003. Ce dernier souffrait de crises de panique et d'un état dépressif. Il avait les pieds plats et des gonalgies, et ses problèmes ORL s'étaient aggravés. Les lombosciatalgies étaient plus handicapantes, et elles étaient aggravées par une douleur au coccyx. ![/endif]>[/if> 21. Dans son avis du 17 août 2012, le docteur I _____, médecin au SMR, a considéré que l'état dépressif nouvellement signalé permettait de considérer que l'état de santé de l'assuré s'était détérioré. ![/endif]>[/if> 22. Des radiographies du bassin et des hanches réalisées le 25 septembre 2012 n'ont pas mis en évidence d'anomalie de la structure osseuse. L'aspect des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales était symétrique, et l'interligne articulaire des articulations coxo-fémorales était conservé. Une petite dysplasie bilatérale des hanches prédominant à droite, de type CAME, était retenue. ![/endif]>[/if> 23. Par courrier reçu le 25 septembre 2012 par l'OAI, l'assuré a transmis un rapport traduit du persan, établi par des médecins d'une clinique multidisciplinaire de la douleur en Iran, signalant qu'« il lui avait été distingué le syndrome de la douleur [... L'assuré] était incapable et inefficace de faire des affaires moyennes et dures dans son

travail. Alors, afin de contrôler la douleur, il y a lieu de limiter le patient de faire des travaux assez légers sans avoir le stress physique et psychologique ». !endif]>![if> 24. Dans un rapport du 4 octobre 2012, le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué un épisode dépressif de degré moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et un syndrome d'attaques de panique de gravité moyenne (F 41). Le pronostic à court et moyen termes était défavorable. L'incapacité de travail de l'assuré était de 50 % depuis janvier 2012 du point de vue psychique et totale si l'on tenait compte de toutes les atteintes. Ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que sa résistance étaient limitées. !endif]>![if> 25. Dans son rapport du 9 octobre 2012, le Dr G_____ a posé les diagnostics de sinusite polypeuse avec surinfections à répétition depuis plus de 20 ans. L'incapacité de travail avait été complète du 14 au 24 mai 2012 et du 19 au 30 juillet 2012. Entre les périodes de surinfection, il n'y avait pas d'incapacité de travail. L'assuré était cuisinier et pouvait travailler dans toutes les positions. !endif]>![if> 26. Dans un rapport reçu en novembre 2012 par l'OAI, le Dr K_____ a diagnostiqué avec effets sur la capacité de travail une dépression modérée, un état anxieux, des crises de panique, un asthme chronique, des lombosciatalgies, des gonalgies bilatérales sur genoux varum, des coccyalgies d'origine indéterminée, des allergies naso-sinusiennes et une rhinosinusite chronique. L'assuré souffrait également de pancréatite chronique, d'hypercholestérolémie traitée, d'anévrisme du septum interauriculaire et d'ulcère duodénal avec épigastralgies chroniques, sans incidence sur sa capacité de travail. L'incapacité de travail était totale depuis 1997. Une reprise ne pouvait être envisagée. !endif]>![if> 27. Dans son rapport du 4 mars 2013, le Dr J_____ a indiqué que l'assuré le consultait une fois par mois et qu'il suivait un traitement médicamenteux. Il a confirmé les diagnostics déjà posés d'épisode dépressif de degré moyen (F 32.11) et de syndrome d'attaques de panique (F 41). L'assuré présentait une certaine instabilité de son état psychique à la suite de problèmes socio-économiques et conjugaux. Du point de vue psychique, la capacité de travail était de 50 % à raison de quatre heures par jour, par exemple en tant que cuisinier. A long terme, il devrait pouvoir exercer une activité adéquate. !endif]>![if> 28. Dans son rapport du 17 avril 2013, le Dr K_____ a rappelé que l'assuré était connu pour des crises de panique, une anxiété et un état dépressif. Il avait des douleurs abdominales basses d'origine indéterminée. Une hernie inguinale, ressentie comme très douloureuse, et un asthme aggravaient les symptomatologies psychomotrices. Son état de santé s'était aggravé et la capacité de travail restait nulle. Elle pourrait être de 50 % dans une activité strictement adaptée après une herniectomie réussie et une amélioration de l'état psychique. !endif]>![if> Le Dr K_____ a joint l'échographie de l'abdomen et de la racine de la cuisse gauche réalisée le 19 février 2013, révélant une hernie inguinale gauche indirecte, à composante graisseuse et vraisemblablement intestinale, sans signe d'incarcération. 29. Les radiographies du bassin et des hanches réalisées du 4 février 2014 ont confirmé l'absence d'anomalie de la structure osseuse et l'aspect symétrique des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales. !endif]>![if> 30. Le 2 février 2015, le Dr J_____ a signalé à l'OAI une importante dégradation de l'état psychique de l'assuré, sous forme d'une humeur dépressive persistante accompagnée d'anxiété, de troubles neurovégétatifs et d'insomnies persistantes. Il présentait de plus de fortes céphalées, pour lesquelles une IRM serait organisée prochainement. !endif]>![if> 31. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qu'il a confiée aux docteurs L_____, spécialiste FMH en médecine interne, M_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et N_____, spécialiste FMH en psychiatrie. !endif]>![if> Dans ce cadre, l'assuré a subi des radiographies de la colonne

lombaire, du fémur et du genou gauches en date du 16 mars 2015. Ces examens ont révélé de minimes modifications dégénératives de spondylodiscarthrose L1-L2 et une possible discopathie L5-S1. Il n'y avait pas d'anomalie visible en regard du fémur. Dans leur rapport du 21 juillet 2015, les experts ont résumé le dossier de l'assuré et rapporté son historique familial et médical. Ils l'ont interrogé sur ses plaintes. L'assuré évoquait une gêne au niveau du nez, ainsi que des sinusites fréquentes. Il avait de nombreuses allergies, en particulier à la poussière. Il avait été opéré d'une hernie inguinale gauche en 2013. Il disait avoir toujours souffert de douleurs au genou gauche, depuis l'adolescence. En 1997, il avait glissé et était tombé sur le genou gauche et sur le coccyx. Depuis, les gonalgies persistaient, de même que les coccygodynies, exacerbées par une chute dans une baignoire en 1998. Ces douleurs étaient toujours présentes et le contraignaient à changer sans cesse de position. Depuis une vingtaine d'années, il présentait des douleurs lombaires, irradiant par épisodes dans le membre inférieur gauche. Depuis environ quatre mois, il se plaignait de douleurs à la face antéro-proximale de la cuisse gauche. Il souffrait également des pieds, en raison de troubles statiques (pieds plats), plus ou moins soulagés par le port de semelles orthopédiques. Il était arrivé en Suisse en 1990 en tant que réfugié politique. Il avait subi en 1991 une première décompensation psychique associée à une symptomatologie dépressive et anxieuse, qui s'était améliorée une année plus tard. Depuis 1993, il se sentait déprimé et anxieux de manière fluctuante mais sans interruption. Il se sentait incapable de travailler depuis 1997. Il mettait en avant des limitations fonctionnelles plutôt que psychiques : il ne se sentait pas motivé, n'avait pas d'énergie, se sentait stressé tout le temps et avait des troubles du sommeil. Il se plaignait également de brûlures épigastriques et rétrosternales postprandiales, et d'une sécheresse nasale constante. Les cervicalgies n'étaient pour l'heure pas réellement gênantes. Au plan psychique, il se sentait déprimé en permanence. Il ruminait, ne se sentait pas motivé, rien ne lui faisait plaisir. Il avait tendance à se replier, par méfiance. Il mettait deux à trois heures à s'endormir. Il évoquait des troubles de la concentration s'aggravant au fil du temps, il avait beaucoup de peine à lire. Il était pessimiste et pensait ne plus avoir de futur. Il avait des idées suicidaires tous les cinq à six mois. Il imaginait se défenestrer, mais il était retenu par le fait d'être père. Tous les deux à trois jours, il avait des crises d'angoisse pouvant tourner à la panique, déclenchées par différents souvenirs. Il avait vécu beaucoup d'événements traumatisants : agressions physiques et abus sexuels de 6 à 15 ans, emprisonnement de 18 à 19 ans et demi avec simulacres d'exécution, passages à tabac et torture. Il avait des souvenirs répétitifs de ces événements une fois par semaine, et des cauchemars une fois par mois. Il restait surtout chez lui, où il disait tourner en rond. Les experts ont ensuite relaté les résultats de leurs examens cliniques et paracliniques. En synthèse, ils ont retenu que les gonalgies gauches avaient été investiguées dès 1999 et que leur étiologie était restée plus ou moins indéterminée. En effet, une IRM du genou gauche en 2000 avait objectivé une lésion méniscale médiale de la corne postérieure de stade II (dégénérescence probable), cependant sans lésion du ménisque. Malgré les traitements conservateurs instaurés, les gonalgies avaient persisté. L'assuré se plaignait par ailleurs de lombalgies et de coccygodynies, persistantes malgré des essais de traitement. Enfin, les pieds plats constituaient un trouble statique assez bien corrigé par le port permanent de semelles orthopédiques. L'assuré avait fait un premier épisode de pancréatite aiguë en 1997, accompagnée d'un ulcère pylorique à *Helicobacter pylori*, et un deuxième épisode de pancréatite aiguë en 1999, dont l'origine n'avait jamais été précisée. En 2001 et 2011, il avait subi deux septoplasties avec turbinectomie pour des sinusites récidivantes. L'assuré avait commencé à souffrir d'un état

dépressif et anxieux en 1991, lequel s'était amélioré progressivement, mais cet état s'était à nouveau installé depuis le harcèlement moral qu'il estimait avoir subi en 1997. Comme facteurs de stress, les experts relevaient un père absent durant l'enfance, des agressions et des abus sexuels, l'emprisonnement, la torture et le mobbing. L'assuré s'était séparé de la mère de sa première fille en 2005. Il ne voyait plus cette enfant car sa mère refusait qu'il la rencontre. Il y avait des tensions avec sa deuxième épouse ces derniers mois. Au plan de la médecine interne, l'assuré, en surpoids, continuait à présenter des troubles digestifs d'origine fonctionnelle (brûlures épigastriques, ballonnements douloureux, nausées) malgré le traitement. En dépit des deux opérations ORL, il persistait une sécheresse nasale et de fréquentes sinusites occasionnant des céphalées. L'assuré était allergique aux poussières et recourait environ deux fois par mois aux sprays bronchodilatateurs. Il n'y avait cependant pas d'atteinte affectant la capacité de travail. Du point de vue rhumatologique, les plaintes concernaient des lombalgies chroniques, une occygodynie chronique, des gonalgies gauches chroniques et des douleurs des pieds des deux côtés sur troubles statiques (pieds plats). Le status rachidien cervico-dorso-lombaire était dans les limites de la norme, hormis l'observation d'une myogélose très modérée des muscles trapèzes des deux côtés et d'une contracture musculaire paradosale gauche très modérée. La mobilité dorsolombaire était conservée. Le status neurologique était dans les limites de la norme. Les radiographies de la colonne lombaire du 16 mars 2015 objectivaient des troubles dégénératifs minimes, avec une spondylarthrose L1-L2 et une discopathie postérieure L5-S1 débutantes, compatibles avec l'âge. La rhumatologue concluait ainsi à des cervicalgies et des lombalgies communes compatibles avec l'âge. Quant aux gonalgies gauches, le status du genou était dans les limites de la norme en l'absence de signe d'épanchement et de signe en faveur d'une lésion méniscale ou d'une instabilité ligamentaire. Les radiographies du genou gauche de mars 2015 étaient dans les limites de la norme. Il s'agissait vraisemblablement de gonalgies sur troubles dégénératifs débutants, comme cela ressortait de l'IRM du genou de 2000, compatibles avec l'âge. La douleur à la palpation au tiers proximal antérieur de la cuisse gauche, mise en évidence lors de l'examen, restait sans explication. Le status local était par ailleurs normal, les radiographies n'ayant pas démontré d'anomalie osseuse ou des parties molles. Par ailleurs, le status clinique et radiologique de la hanche gauche était sans particularité. L'examen des pieds, hormis les troubles statiques relevés, était dans les limites de la norme. Il y avait une discordance entre l'intensité des plaintes rapportées par l'assuré et la paucité des signes cliniques et radiologiques objectivés. Au plan psychique, les symptômes rapportés étaient une humeur dépressive permanente d'intensité maximale de 8/10, des ruminations dépressives, une envie de pleurer, une démotivation, une irritabilité, une anhédonie, une libido faible, une inappétence, des troubles de l'endormissement et des réveils nocturnes, une fatigue permanente d'intensité maximale de 8/10, une perte de confiance en soi depuis 1997 en raison du mobbing, des troubles de la concentration, un pessimisme et des idées suicidaires rares mais précises. Les symptômes anxieux consistaient en des crises d'angoisse pouvant tourner à la panique tous les deux jours et pouvant durer quelques jours. Ces symptômes pouvaient être intégrés dans le cadre du stress post-traumatique, avec reviviscence de l'événement traumatique. L'assuré évitait de fréquenter des compatriotes à Genève, se méfiant d'eux, ayant peur d'être agressé, car il craignait de rencontrer quelqu'un qui travaillait pour le gouvernement iranien. Il décrivait des réactions de sursaut régulièrement et il se sentait souvent nerveux et agité. A son arrivée en Suisse, il s'était senti isolé et perdu. Il avait progressivement tenté de s'intégrer grâce au travail, mais le mobbing qu'il disait avoir subi avait réactivé une souffrance liée à son passé

traumatisant. Les tortures subies durant l'emprisonnement avaient abouti à un état post-traumatique, et il s'en était suivi une séquelle chronique et irréversible de ce trouble. L'assuré avait une attitude méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de perte d'espoir, l'impression d'être constamment menacé, une perte de confiance en soi. Il avait régulièrement fait des abus d'alcool fort avant ses pancréatites, que son psychiatre traitant interprétait comme un comportement para-suicidaire. La description des activités quotidiennes révélait qu'il passait beaucoup de temps replié dans sa chambre, mais qu'il participait aux activités ménagères, gérait les démarches administratives, et aidait ses enfants pour les devoirs lorsqu'il était stimulé par sa femme. Il vivait replié sur son entourage proche. L'examen psychiatrique montrait un homme fatigué et fatigable, peu soigné, plaintif, déprimé et anxieux. Il était légèrement ralenti. Aucun trouble cognitif évident n'était constaté. Le contenu de la pensée était fixé sur une perte d'espoir dans l'avenir et une perte de confiance en lui. En conclusion, le tableau clinique orientait vers l'hypothèse diagnostique de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, trouble présent probablement depuis au moins 1997. La symptomatologie dépressive, anxieuse et de stress post-traumatique de l'assuré pourrait rentrer dans ce trouble de la personnalité. En suivant cette hypothèse, on pourrait avancer que le trouble psychique était persistant et qu'il était théoriquement à l'origine de certaines limitations fonctionnelles: difficultés relationnelles pouvant rendre malaisée l'intégration dans une équipe, tendance au repli social, vulnérabilité au stress, anxiété, découragement face à une tâche, perte de confiance en soi. Néanmoins, il existait dans ce dossier des éléments contradictoires. Ainsi, l'assuré avait pu apprendre le français, s'intégrer en Suisse (la mère de son premier enfant était suisse), se former et travailler de 1992 à 1997. Dans un rapport médical daté de décembre 2001, il était mentionné que l'assuré travaillait dans l'exportation de voitures et voyageait très fréquemment. L'expert psychiatre n'avait toutefois retrouvé cette notion nulle part ailleurs dans le dossier et l'assuré n'en avait pas parlé. De plus, il avait pu se rendre en Iran et y séjourner de 2006 à 2009. Il avait pu se marier à deux reprises et devenir père de trois enfants. Ceci paraissait relativiser le côté handicapant du trouble psychiatrique évoqué ci-dessus. Le Dr N_____ en concluait que la capacité de travail était conservée, avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 %. Compte tenu de l'absence d'activité depuis 1997, il y aurait vraisemblablement besoin d'intégrer l'assuré dans un atelier de réadaptation professionnelle afin de le réentraîner progressivement au travail dans un milieu protégé, et en même temps évaluer ses capacités fonctionnelles. Le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail était celui de probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0) depuis au moins 1997. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient ceux de cervicalgies chroniques communes ; lombalgies chroniques communes ; gonalgies gauches sur troubles dégénératifs très débutants ; troubles statiques des pieds (pieds plats) ; sinusites chroniques ; bronchospasme d'origine allergique (poussières) ; troubles digestifs fonctionnels ; surpoids ; status post pancréatites aiguës (1997 et 1999) ; status post-ulcère pylorique gastrique à Helicobacter pylori en 1997 ; status post septoplastie et turbinectomie en 2001 et 2011 ; status post opération de hernie inguinale gauche (2013). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les mouvements contraignants répétitifs pour le rachis cervical et lombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque et du tronc, pas de port itératif de charges supérieures à 15-20 kg, possibilité de changer de position, éviter les montées et descentes répétées des escaliers, pas de station debout prolongée plus de 45 à 60 minutes, pas de longs

déplacements sur terrain inégal. Aux plans psychique et social, les limitations étaient la vulnérabilité au stress, l'anxiété, le découragement face à une tâche, la perte de confiance en soi, des difficultés relationnelles pouvant rendre difficile l'intégration dans une équipe et un repli social. L'activité de cuisinier impliquait de longues stations debout et le port de charges fréquent. Les affections présentées par l'assuré n'étaient pas telles que l'ancienne activité de cuisinier en devienne inexigible. Elle pourrait encore être exercée à 100 %, mais avec le risque de décompensations douloureuses fréquentes, et partant de longs arrêts de travail. Il y avait une diminution du rendement de 20 % pour des raisons psychiques. Le psychiatre traitant estimait qu'il y avait une diminution de la capacité de travail depuis 2012. On pouvait penser que la pathologie psychique s'était peu à peu étendue depuis 1997, mais que l'incapacité de travail objective sous la forme d'une diminution de rendement de 20 % datait de 2012, l'aggravation étant possiblement en relation avec le stress induit par les problèmes conjugaux. L'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et nécessaires chez un assuré ne travaillant plus depuis 1997. Il y avait lieu d'établir un plan de réadaptation tenant compte des critères suivants : possibilité de s'habituer à un rythme de travail ; aptitude à s'intégrer dans le tissu social ; mobilisation des ressources existantes. S'agissant de la possible amélioration de la capacité de travail, la poursuite du traitement psychiatrique était importante. Une réadaptation professionnelle pouvait également être importante afin de resocialiser l'assuré et d'améliorer sa confiance en lui. On pourrait attendre que ces mesures améliorent la capacité de travail dans les deux ans, ou du moins la maintiennent. 32. Dans son avis du 11 septembre 2015, la docteure O _____, médecin au SMR, a indiqué qu'à la différence des experts, elle considérait les atteintes rhumatologiques comme incapacitantes du fait qu'elles entraînaient d'importantes limitations fonctionnelles incompatibles avec l'activité de cuisinier. Ainsi, dans cette profession, la capacité de travail était nulle. Elle était entière avec une diminution de rendement de 20 % pour motifs psychiques dans une activité adaptée, ces conclusions étant valables depuis 2012. 33. Le 22 septembre 2015, l'assuré a subi une IRM du genou gauche en raison d'une entorse. Le radiologue a conclu à des données en faveur d'une déchirure subtotale à totale proximale du ligament croisé antérieur avec stigmates osseux, à une altération de la corne postérieure du ménisque interne, à une chondropathie fémoro-tibiale interne de grade III et fémoro-patellaire de grade IV, et à un petit kyste poplité postéro-interne. 34. Selon l'extrait de compte individuel AVS que l'OAI s'est procuré le 12 octobre 2015, le revenu annuel maximal réalisé par l'assuré entre 1992 et 2014 s'est élevé à CHF 33'167.- en 1997. 35. Le 23 novembre 2015, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Pour le revenu d'invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme (ESS 2012, TA1, Ligne Total, niveau 1, soit CHF 5'210.-). Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures, le revenu annuel était de CHF 65'177.-, et de CHF 52'142.- en tenant compte de la diminution de rendement de 20 %. Il n'y avait pas lieu d'accorder de réduction supplémentaire selon l'approche pluridisciplinaire. Le revenu sans invalidité était fixé à CHF 46'662.-. La différence entre ces deux revenus aboutissait à un taux d'invalidité nul. S'agissant du revenu sans invalidité, le SMR a considéré que l'assuré aurait poursuivi son activité de cuisinier sans atteinte à la santé et a affirmé tenir compte du salaire théorique dans cette activité en 2012. 36. Le 7 mars 2016, le docteur P _____, médecin au SMR, a noté que les limitations relatives aux atteintes révélées par l'IRM du genou gauche de septembre 2015 intervenaient lors de la charge du membre

concerné, accompagnée de mouvements de torsion, ou lors d'activités sportives. Les limitations fonctionnelles prises en compte par les experts englobaient déjà une épargne du genou gauche, de sorte que cette nouvelle atteinte ne modifiait pas les conclusions du SMR.![endif]>![if> 37. Le 10 mars 2016, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel ce dernier présentait un degré d'invalidité nul depuis 2012, conformément au calcul du 23 novembre 2015 qu'il a repris. Ce taux n'ouvrait droit ni à des mesures de réadaptation, ni à une rente. Un délai de 30 jours était imparti à l'assuré pour faire part de ses objections. ![endif]>![if> 38. Par décision du 17 mai 2016, adressée au premier mandataire de l'assuré, l'OAI a confirmé les termes de son projet. ![endif]>![if> 39. Le 20 mai 2016, le premier mandataire de l'assuré a annoncé à l'OAI ne plus être en charge de la défense des intérêts de celui-ci.![endif]>![if> 40. A la même date, l'assuré, par un nouveau mandataire, a contesté le projet de décision de l'OAI. Il a soutenu qu'il présentait une incapacité de travail d'au moins 50 %. Ses atteintes étaient multiples et l'OAI ne pouvait les analyser isolément. Ses médecins considéraient que son incapacité de travail était totale. Il invitait l'OAI à réexaminer son projet de décision à la lumière des différents certificats médicaux déjà fournis. Il s'engageait à se soumettre à une expertise neutre qui conforterait ses allégations. ![endif]>![if> 41. Dans un avis du 9 mars 2017, la docteure Q_____, médecin au SMR, a noté que l'assuré ne fournissait aucun nouvel élément susceptible de modifier l'appréciation du SMR.![endif]>![if> 42. Par décision du 19 avril 2017, annulant et remplaçant la décision du 17 mai 2016 notifiée à l'ancien représentant de l'assuré, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré en reprenant les motifs développés dans la décision du 17 mai 2016. Les objections de l'assuré ne modifiaient pas l'avis du SMR.![endif]>![if> 43. Par écriture du 22 mai 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à ce qu'une expertise soit ordonnée, et sur le fond à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement d'une demi-rente, et à l'octroi de mesures de réadaptation le cas échéant. ![endif]>![if> 44. Dans sa réponse du 20 juin 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a allégué que l'expertise pluridisciplinaire devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Toutes les atteintes à la santé du recourant avaient été prises en compte. Partant, la mise en œuvre d'une expertise ne se justifiait pas.![endif]>![if> 45. Par réplique du 14 août 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a répété que ses atteintes à la santé avaient été appréciées isolément alors que dans leur ensemble, elles conduisaient à constater son incapacité de travail totale. Une expertise paraissait nécessaire pour déterminer la capacité de travail du recourant.![endif]>![if> 46. Le 25 septembre 2017, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur R_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées. ![endif]>![if> 47. Le 5 octobre 2017, le recourant a indiqué à la chambre de céans qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir et de question complémentaire.![endif]>![if> 48. L'intimé en a fait de même par pli du 9 octobre 2017.![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. La LPGA, entrée en vigueur

le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.!

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGa).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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. À cet égard, il convient 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. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008

consid. 3.2). 6. Au sujet de l'expertise réalisée par les Drs L_____, M_____ et N_____, la chambre de céans relève ce qui suit. Ces experts ont pris connaissance du dossier médical du recourant dans son entier. Ils ont retracé son anamnèse, ont tenu compte de ses plaintes et ont établi leurs diagnostics et émis leurs conclusions sur la capacité de travail à l'issue d'examens détaillés, complétés par des radiographies. Au plan formel, leur rapport contient ainsi tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, les conclusions du point de vue de la médecine interne ne prêtent pas flanc à la critique. Il est vrai que du point de vue rhumatologique, les conclusions sur l'exigibilité du métier de cuisinier paraissent surprenantes. En effet, cette profession semble incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues, et il apparaît en outre contradictoire de ne pas conclure à l'impossibilité d'exercer une telle activité, tout en admettant qu'elle risque d'entraîner de longues absences en raison des atteintes à la santé. Cela étant, la Dresse M_____ a tenu compte de toutes les plaintes du recourant et elle a exposé de manière détaillée sur quels éléments objectivement constatés elle fondait ses diagnostics et elle établissait ses limitations fonctionnelles, et ces points de son rapport ne sont pas remis en question. Ainsi, l'apparente palinodie sur le caractère exigible de l'activité de cuisinier en dépit des limitations fonctionnelles retenues ne suffit pas à nier toute valeur probante à l'expertise, et ce d'autant moins que le SMR l'a dûment corrigée en admettant que le recourant ne pouvait plus exercer ce métier. Au plan somatique, on rappellera que le Dr G_____ ne retient pas d'incapacité de travail en dehors des périodes d'infection. Quant au Dr K_____, il a certes évoqué une incapacité de travail totale dans son rapport de novembre 2012. Il n'a cependant guère motivé sa conclusion. De plus, les atteintes qu'il énumère ont été prises en compte par les experts dans leur appréciation et dans les limitations fonctionnelles retenues. Ce médecin a du reste admis une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée après herniectomy réussie dans son rapport du 17 avril 2013. Or, il ressort de l'anamnèse établie par les experts que cette intervention a été réalisée dans l'intervalle. S'agissant de la dégradation de l'état du genou du recourant à la suite d'une entorse, elle ne justifie pas non plus que l'on remette en cause les volets somatiques du rapport d'expertise, puisque les limitations fonctionnelles retenues tiennent d'ores et déjà compte de l'atteinte à cette articulation et des difficultés à la mobiliser. S'agissant de l'incidence des troubles psychiques du recourant sur sa capacité de gain, l'expert psychiatre a exposé les motifs pour lesquels il retenait le diagnostic de probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0). Il a aussi relaté avec précision ses constatations cliniques et l'historique médical du recourant. Dans ce cadre, le Dr N_____ a évoqué des crises d'angoisse fréquentes, pouvant quelques jours et évoluer en crises de panique, dont il ne semble pas mettre en doute la véracité. Il a par ailleurs décrit le recourant comme fatigué, déprimé et anxieux. Au vu de ce symptôme et de son apparente intensité et de ces observations, on comprend mal comment l'expert psychiatre peut conclure à une capacité de travail complète et à une simple diminution de rendement de 20 %. Dès lors qu'une telle évaluation contraste manifestement avec la sévérité des troubles rapportés, il eut été nécessaire de la motiver de manière détaillée, notamment en se prononçant sur l'incidence des manifestations anxieuses du recourant sur sa capacité de travail. Or, le Dr N_____ a omis d'analyser ce point. Ce seul élément suffit à susciter des doutes sur les conclusions du volet psychique de l'expertise, qui n'apparaissent pas convaincantes. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, elle sera confiée au Dr R_____, à

l'encontre duquel les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre le recourant, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse.
 2. Données subjectives et plaintes du recourant.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s).
 5. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
 6. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM-IV ou la CIM-10 ?
 7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent.
 8. Les éventuelles atteintes à la santé entraînent-elles une incapacité de travail dans l'activité habituelle, si oui à quel taux et depuis quand ?
 9. Existe-t-il une activité adaptée aux limitations du recourant ? Laquelle ? Y a-t-il une diminution de rendement et si oui dans quelle ampleur ? Le cas échéant, à partir de quand peut-on exiger du recourant une telle activité ?
 10. Quelle a été l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant dans le temps ?
 11. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Si oui, lesquelles ?
 12. Si votre diagnostic et/ou votre appréciation de la capacité de travail du recourant diffèrent des conclusions du Dr N _____ et/ou du Dr J _____, veuillez en expliquer les raisons.
 13. Pronostic
 14. Toute remarque utile et proposition.
3. Commet à ces fins le Dr R _____, psychiatre ;
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
5. Réserve le fond ;

La greffière Nathalie LOCHER La présidente
Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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