

GE_GERICHTE A/2781/2016 vom 17. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2781_2016

FR: GE_GERICHTE A/2781/2016 du 17 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE A/2781/2016 del 17 gennaio 2018

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause GASTROSOCIAL CAISSE DE PENSION, sise Buchserstrasse 1, AARAU, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André SCHNEIDER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE Monsieur A_____, domicilié à BERNEX comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Éric MAUGUÉ intimé appelé en cause EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1962, de nationalité portugaise, est arrivé en Suisse en 1988 et a travaillé, notamment, en tant que cuisinier et responsable de cuisine dès 1994 auprès d'un restaurant exploité par B_____ SA.![endif]>![if> 2. Le 21 octobre 2005, l'assuré a subi un accident entraînant la rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, pour laquelle il a subi une intervention chirurgicale le 28 novembre 2006.![endif]>![if> 3. Dès le 30 octobre 2008, l'assuré a été en incapacité de travail en raison de cervico-brachialgies droites avec atteinte neurologique radiculaire sur hernie discale C6-C7 et il a été opéré, en conséquence le 28 novembre 2008. Swica Organisation de santé, assureur perte de gain maladie de l'assuré (ci-après Swica), a pris en charge le cas.![endif]>![if> 4. Par rapport du 3 février 2009, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que le patient semblait être assez gêné par une symptomatologie au niveau des membres inférieurs qui apparaissait lorsqu'il était au repos. La symptomatologie était présente depuis plusieurs années, mais elle s'était aggravée depuis quelque temps, probablement dans les suites d'une hernie cervicale. Une polysomnographie permettrait éventuellement de confirmer le syndrome des jambes sans repos.![endif]>![if> 5. Par rapport du 24 mai 2009, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que les suites opératoires n'étaient pas favorables, des douleurs importantes de la région cervicale avec paresthésies dans les membres supérieurs avec des limitations de la mobilité de la nuque persistaient. Une reprise de l'activité de cuisinier était impossible.![endif]>![if> 6. L'employeur a mis fin au contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 juin 2009.![endif]>![if> 7. Le 10 août 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).![endif]>![if> 8. Par rapport du 15 août 2009, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré souffrait depuis de nombreuses années d'un syndrome des jambes sans repos particulièrement sévère et fortement invalidant. Depuis peu, il ressentait des symptômes aux membres supérieurs. Actuellement, des douleurs profondes, qualifiées d'insupportables, apparaissaient après 15-30 minutes de position assise, obligeant l'assuré à se lever et à marcher. Un reclassement professionnel apparaissait très difficile, car il fallait concilier une activité sans port de charge et sans position statique. ![endif]>![if> 9. À la demande de Swica, le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a établi un rapport le 30 octobre 2009. Il a diagnostiqué des cervico-brachialgies droites chroniques, des omalgies

droites chroniques, une discopathie C5-C6, un syndrome des jambes sans repos, un status après discectomie C6-C7 et mise en place d'une cage intersomatique de type Fidji le 28 novembre 2008 et un status après suture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite le 29 novembre 2006. Le syndrome des jambes sans repos présent déjà depuis quelques années devait lui aussi être intégré à l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré. L'expert estimait que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle. Dans un travail léger, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs de l'épaule principalement au-dessus de l'horizontal, et dans une activité autorisant l'alternance de la position assise et debout ainsi qu'une déambulation fréquente, la capacité de travail pourrait vraisemblablement atteindre 80%. Une demande auprès de l'OAI était en cours. Il laissait le soin à cette institution de définir, par le biais d'un stage, les limitations fonctionnelles dans un milieu professionnel adapté et, principalement, le rendement que pourrait fournir l'assuré.!

10. Dans un rapport établi le 19 février 2010, le professeur F_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu que le patient présentait un syndrome des jambes sans repos tout à fait caractéristique et invalidant, qui n'était que partiellement maîtrisé par la prise de faibles doses d'Adartrel de manière assez ciblée durant la journée et la soirée.!

11. Dans un rapport du 21 mars 2010, le Dr D_____ a indiqué qu'un traitement par patch Neupro avait apporté une légère amélioration du sommeil de l'assuré et à sa capacité de rester assis pendant 30 minutes. Néanmoins, le handicap restait majeur et rendait, pour l'instant, une reprise de l'activité professionnelle impossible et un reclassement était illusoire, en raison des différentes contre-indications médicales. Une rente entière devait par conséquent être envisagée.!

12. L'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après les ÉPI) du 20 septembre au 19 décembre 2010.!

13. Par rapport du 1^{er} décembre 2010, le Dr D_____ a indiqué que, depuis le rapport du 18 septembre 2009, la situation de l'assuré avait évolué de façon défavorable. S'agissant de la pathologie des jambes sans repos, l'intensité des troubles avait augmenté. Le traitement médicamenteux avait été majoré, associant Adartrel et patch de Neupro, ce qui permettait un certain apaisement des symptômes, mais au prix d'une somnolence diurne et de difficultés de concentration. Les effets secondaires étaient incompatibles avec une activité professionnelle nécessitant attention et concentration. De plus, l'assuré était incapable de rester assis sans bouger plus de 20 minutes et était obligé de se lever. Pendant l'été, il avait présenté une cervico-brachialgie gauche algique et déficitaire et la symptomatologie algique du bras gauche était encore présente. Les ports de charges étaient absolument contre-indiqués tant en raison de la plastie tendineuse de l'épaule droite que de l'atteinte cervicale. Le médecin ne voyait aucune activité professionnelle qui pouvait convenir à la situation. Cela était en totale contradiction avec les conclusions du Dr E_____.

14. Par rapport du 16 décembre 2010, les ÉPI, qui avaient pour mandat de définir des orientations professionnelles compatibles avec les atteintes à la santé de l'assuré, ont conclu que ce dernier ne pouvait pas être réadapté actuellement dans le circuit économique ordinaire. L'assuré avait besoin d'alterner très souvent les positions (assis ou debout), environ toutes les 30 minutes. Les déplacements ne pouvaient excéder 15 à 20 minutes d'affilée. L'assuré montrait de très faibles amplitudes lors des mouvements de la tête et du torse. La mobilité des membres supérieurs semblait normale sur une courte période (30 minutes maximum), passé ce délai l'assuré disait ressentir de fortes douleurs au niveau des cervicales à gauche, lesquelles se propageaient dans tout le côté gauche jusqu'aux membres inférieurs et supérieurs. Même un travail léger sur ordinateur provoquait

ces douleurs. Les capacités sensorielles de l'assuré étaient normales tant que le côté gauche n'était pas « enflammé » par les douleurs. Si c'était le cas, ses capacités étaient légèrement altérées à gauche. L'assuré montrait de très bonnes capacités gestuelles, mais sur un temps très court (30 minutes en moyenne). Passé ce délai, il devait marquer de longs arrêts et alterner les positions, ce qui péjorait considérablement les temps de réalisation ainsi que la qualité du travail. Le tonus intellectuel était bon, voire même excellent. L'assuré savait quoi faire et comment le faire. Malheureusement, son rythme ne cessait de décroître avec le temps sur n'importe quelle activité. Sa résistance était quasi nulle, soit 45 minutes les meilleurs jours; après, l'assuré disait qu'il souffrait et recherchait des positions antalgiques.![endif]>![if> Dès le début du stage, l'assuré s'était mis en situation de sur-adaptation; il voulait faire au mieux toutes les activités proposées au risque d'aggraver son état. Cela s'était soldé, après 4 semaines à 100% de présence, par un certificat à 50%. L'assuré avait intégré le stage sans motivation très claire et sans idée précise de métier. Au cours du stage, il s'était intéressé à l'informatique, il évoquait aussi la surveillance et la télésurveillance, mais il se plaignait beaucoup des positions de travail incompatibles avec ses limitations. Au cours du bilan d'évaluation avant les stages en entreprises, il lui avait été expliqué que ses capacités résiduelles ne lui permettaient pas de retrouver un emploi dans le circuit économique normal avec une présence et des rendements adéquats. L'assuré avait toutefois souhaité pouvoir faire un stage de confrontation avec une activité qui lui semblait à sa portée, comme surveillant de magasin. Il lui a été expliqué que les entreprises de surveillance n'entraient pas en matière si l'état de santé n'était pas optimal. Au vu de sa déception, les ÉPI lui avaient proposé un essai dans leur atelier. L'assuré avait commencé son stage comme ouvrier dans l'assemblage de pièces de robinetterie à l'atelier d'entraînement le 9 novembre 2010, mais après une demi-journée de stage, celui-ci avait été interrompu en raison d'un certificat médical d'arrêt de travail établi par le Dr D_____.

15. Dans un rapport du 17 juillet 2011, le Dr D_____ a indiqué que la situation de l'assuré empirait, avec un syndrome des jambes sans repos qui s'étendait de plus en plus aux membres supérieurs. Un changement de médication avait été fait afin d'avoir une durée d'action plus longue sans augmenter les effets secondaires. ![endif]>![if> 16. Par rapport du 4 octobre 2011, la doctoresse G_____, spécialiste en neurologie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a indiqué que, depuis la dernière consultation en janvier 2010, l'assuré décrivait une recrudescence de ses symptômes, s'étendant toute la journée mais prédominant toujours le soir et la nuit. Il décrivait un sommeil très fragmenté avec plusieurs réveils et il devait plusieurs fois se lever et marcher dans l'appartement ou à l'extérieur. Il notait les mêmes sensations au niveau des jambes qu'au niveau des bras depuis environ 3 ans. L'assuré se plaignait de fatigue diurne et de troubles de la concentration qui se répercutaient sur sa vie quotidienne. ![endif]>![if> 17. Par rapport du 30 mai 2012, le Prof. F_____ a expliqué avoir revu l'assuré le 29 mai 2012. Le syndrome des jambes sans repos continuait à s'aggraver, notamment par le développement d'une impatience touchant les membres supérieurs de façon marquée. Toutes les nuits, il était réveillé par les symptômes des quatre membres et avait besoin de bouger d'une façon fréquente, voire frénétique pour les atténuer. Il ne dormait pas plus de trois heures par nuit et présentait en conséquence une somnolence diurne importante, qui elle-même était perturbée par les symptômes. La situation était compliquée par des douleurs survenant de manière récurrente au niveau de la région latéro-cervicale gauche. L'épouse de l'assuré rapportait des épisodes d'agitation durant le sommeil associés à des cris et des mouvements anarchiques des quatre membres qui pourraient faire évoquer la possibilité d'un trouble comportemental du

sommeil REM. À cet égard, le Prof. F_____ rappelait que l'assuré n'avait jamais eu de polysomnographie. La question se posait d'une optimisation du traitement pour des symptômes qui, selon l'assuré, allaient en s'aggravant et généraient non seulement une incapacité professionnelle mais également une tendance dépressive. Le Prof. F_____ était frappé par le fait que l'assuré n'avait pas présenté de symptômes d'impatience, ni aux membres inférieurs, ni aux membres supérieurs durant tout l'entretien qui avait duré une heure. L'anamnèse suggérait une aggravation de la sévérité du syndrome des jambes sans repos qui touchait actuellement les membres supérieurs de façon très marquée et handicapante. À ce stade, le Prof. F_____ se posait la question de savoir si la décision encore en attente d'une éventuelle rente d'invalidité ne jouait pas un rôle défavorable sur le vécu des troubles. Cette impression se basait sur le fait que les doses des médicaments restaient faibles. Il pensait qu'il serait donc intéressant d'avoir des mesures objectives des troubles en faisant réaliser une polysomnographie sous thérapeutique. Dans l'immédiat, il proposait d'augmenter les doses des médicaments, étant précisé qu'il existait encore de nombreuses options thérapeutiques qui n'avaient pas été explorées.!

18.

L'OAI a mandaté le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, pour procéder à une expertise. Par rapport du 5 juin 2012, ce médecin a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, un syndrome des jambes sans repos et des cervico-brachialgies droites chroniques sur discopathie C5-C6, un status après cure de hernie discale C6-C7 et mise en place d'une cage intersomatique et un status après suture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite. Sur le plan neurologique, l'assuré présentait un tableau de syndrome des jambes sans repos idiopathique caractéristique, d'aggravation progressive, devenu sévère et invalidant depuis novembre 2008, date depuis laquelle il n'avait pas repris son activité professionnelle. Les plaintes étaient bien systématisées et le status neurologique détaillé était normal. Le diagnostic ne faisait dès lors aucun doute.

Le patient prenait de l'Adartrel 1.5 mg à 19h00 et 1.5 mg au coucher, puis un patch de Neutro de 4 mg au coucher. Un nouveau schéma thérapeutique avait été proposé par le Dr F_____, soit une augmentation de l'Adartrel à raison de 2 mg pris aux mêmes horaires pendant un mois, puis de 2.5 mg pendant le mois suivant et de 3 mg, associé à du Co-Dafalgan. Les limitations fonctionnelles liées au syndrome des jambes sans repos rejoignaient en partie celles qui avaient d'ores et déjà été attestées par l'expertise rhumatologique, à savoir que l'activité devait permettre une alternance de la position assise et debout et autoriser la déambulation fréquente. Il fallait ajouter à cela les effets secondaires liés à la thérapeutique utilisée pour ce syndrome, soit de la fatigue et de la somnolence. Les symptômes décrits par l'assuré étaient compatibles avec un syndrome de jambes sans repos. Par contre, les répercussions au niveau de la vie quotidienne et professionnelle semblaient discutables. L'assuré mentionnait se lever vers 2h00-2h30 et déambuler pratiquement toute la journée jusqu'au coucher vers 23h00-23h30. Une telle description ne semblait guère plausible, car humainement à la limite du tolérable, et ceci d'autant plus que l'assuré semblait objectivement en bon état général et qu'aucun signe d'épuisement n'était observé. Par ailleurs, il était relevé que la symptomatologie invalidante survenait au repos et disparaissait lors de l'activité, de sorte qu'il convenait d'encourager l'assuré à reprendre une activité professionnelle. « Sur la base de ces éléments, il apparaissait fort suspect que l'échec du stage en entreprise effectué en novembre 2010 et interrompu après une demi-journée de travail, soit lié à un manque de motivation ». La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 30%, en raison des effets secondaires des

médicaments, à réévaluer en fonction de l'évolution. L'incapacité de travail durable avait débuté en novembre 2008. 19. La conseillère en réadaptation, Madame I_____, a conclu – dans un rapport de réadaptation professionnelle du 12 mars 2013 prenant en compte notamment les expertises des Dr E_____ et H_____ – qu'il n'y avait pas d'exigibilité professionnelle en ce qui concernait l'assuré. Il avait été tenté de définir un projet professionnel adapté à ses limitations fonctionnelles, réaliste et réalisable en économie normale. Il s'agissait de trouver une fonction dans un emploi en économie libre, qui respectait les limitations fonctionnelles suivantes : travail léger, pas de port de charges supérieur à 10 kg, éviter les mouvements répétitifs de l'épaule au-delà de l'horizontale, alternance des positions assise et debout, autoriser une déambulation fréquente, pas de position assise prolongée plus de 30 minutes, ni de travail nécessitant beaucoup de précision et de concentration, car l'assuré présentait une fatigue diurne avec somnolence. Différents domaines et leurs exigences avaient été pris en compte et ils s'avéraient irréalistes, car ils n'étaient pas compatibles et inadaptés aux limitations fonctionnelles :
- les travaux dans l'industrie légère, simples et les activités sérielles (alternance des positions et déambulation fréquente) ;
- les travaux de mise en service, réglage et maintenance de machines (mouvements répétitifs et concentration) ;
- les activités de fabrication et transformation de produits (alternance des positions, déambulation fréquente et mouvements répétitifs) ;
- les tâches de logistiques (port de charge excédant souvent 10 kg) ;
- le service de sécurité et de surveillance (concentration, permis de conduire pas admis sur une longue durée, notamment) ;
- le service bâtiments, aménagement paysager, conciergerie (port de charge, travail avec des machines) ;
- les activités administratives ou toute activité nécessitant une formation avec des prérequis scolaires (école primaire jusqu'à 10 ans).
20. Par rapport du 26 juin 2013 à l'OAI, le Prof. F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire depuis six mois. Le syndrome des jambes sans repos entraînait une incapacité de travail de 50%. L'assuré avait des difficultés à rester immobile; il souffrait d'insomnie nocturne et de somnolence diurne et des effets secondaires des médicaments dopaminergiques. La tentative d'introduction de Rotigotine en patch avait été un échec et l'augmentation des doses de Ropinirol avait été efficace, mais avec des effets secondaires majeurs. Le pronostic à long terme était fortement réservé.
21. Par rapport du même jour au Dr D_____, le Prof. F_____ a indiqué avoir revu le patient le 19 juin 2013. L'introduction du Neupro avait été très mal tolérée, même à dose faible. L'assuré avait augmenté l'Adartrel, qu'il prenait à raison de six à sept comprimés de 2 mg par jour. La situation restait insatisfaisante, car l'assuré ne pouvait dormir qu'entre trois et quatre heures par nuit, ce qui occasionnait une somnolence diurne invalidante. Lors de la consultation, comme précédemment, le patient semblait en bonne forme; il n'avait pas l'air particulièrement fatigué et ne présentait aucune somnolence. Durant toute la consultation, il n'avait fait aucun mouvement anormal des jambes ou des bras et il n'avait pas ressenti le besoin de se lever pour marcher. Il avait toutefois pris un comprimé d'Adartrel une heure avant la consultation, ceci expliquant peut-être cela. Le syndrome des jambes sans repos n'était toujours pas bien équilibré. Le Prof. F_____ proposait de modifier le traitement. Il était probable qu'une maîtrise prolongée des symptômes la nuit entraînerait une amélioration du sommeil et une réduction de la somnolence diurne. Le Prof. F_____ a souligné le fait que le handicap lié au syndrome des jambes sans repos était très difficile à évaluer objectivement et que, de ce point de vue, il était vrai que l'assuré ne projetait pas une

impression de grand handicap, comme cela l'avait déjà frappé à plusieurs reprises. Il proposait à nouveau de faire réaliser une polysomnographie, après arrêt des agonistes dopaminergiques, ce qui aurait l'avantage d'offrir des données objectives relatives à la sévérité du syndrome et qui pourrait constituer un argument déterminant dans l'appréciation du cas.![endif]>![if> 22. Par avis du 23 août 2014, le SMR a retenu que, si un poste strictement adapté aux limitations fonctionnelles existait, la capacité de travail de l'assuré ne dépasserait pas 50% (atteintes neurologique et rhumatologique confondues).![endif]>![if> 23. Le 16 octobre 2013, l'OAI a rendu un projet de décision reconnaissant le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2010, retenant que sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 30% depuis le 30 octobre 2008, mais qu'il ressortait des ÉPI qu'il n'y avait pas d'exigibilité professionnelle le concernant. ![endif]>![if> 24. Par prononcé du 18 février 2014 adressé à Gastrosocial, caisse de pension (ci-après Gastrosocial), l'OAI a requis le calcul des prestations, mais d'attendre sa motivation avant d'effectuer les éventuelles compensations et de notifier la décision.![endif]>![if> 25. Par pli du 14 mars 2014 à l'OAI, Gastrosocial, par l'intermédiaire de son conseil, a fait valoir qu'il convenait de compléter l'instruction du dossier en soumettant le rapport final du service de réadaptation aux Drs H_____ et F_____.![endif]>![if> 26. Par décision du 9 avril 2014, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assuré, à compter du 1^{er} février 2010. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 30 octobre 2008 et de 80% dans une activité adaptée depuis mars 2010. Suite à l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, une expertise avait retenu une capacité de travail totale avec une diminution de rendement de 30% depuis le 30 octobre 2008 dans une activité adaptée. Compte tenu du rapport des ÉPI, l'OAI estimait toutefois qu'il n'y avait pas d'exigibilité professionnelle concernant l'assuré. À l'échéance du délai d'attente, le 30 octobre 2009, l'assuré présentait donc une invalidité totale. Le droit à la rente naissant au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (le 10 août 2009), le droit à la rente débutait le 1^{er} février 2010. Une copie de la décision était adressée à Gastrosocial, caisse de compensation, et à Swica.![endif]>![if> 27. Par pli recommandé du 23 avril 2014, l'OAI a adressé une copie de sa décision du 9 avril 2014 à Gastrosocial, précisant à cette dernière que ses observations du 14 mars 2014, intervenues tardivement, n'avaient pas été prises en considération et qu'elle avait la possibilité de faire valoir ses objections par la voie du recours. Elle lui indiquait également que le service de réadaptation professionnelle n'avait pas remis en question la capacité résiduelle de travail de l'assuré, mais seulement la possibilité d'exploiter cette capacité sur le plan économique et qu'il n'y avait dès lors pas de divergence entre les observations professionnelles et les constatations médicales. Partant, il n'y avait pas de raison de soumettre le rapport final des ÉPI aux médecins pour nouvelle appréciation.![endif]>![if> 28. Par acte du 22 mai 2014, Gastrosocial, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 9 avril 2014, concluant à son annulation et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. L'octroi d'une rente était contestable. Les limitations fonctionnelles liées au syndrome des jambes sans repos devaient être écartées. L'expert H_____ avait émis des doutes importants sur les répercussions sur la vie quotidienne et professionnelle, alléguées par l'assuré. Par ailleurs, l'expert et le service de réadaptation avaient considéré que l'état de santé de l'assuré pouvait s'améliorer avec la mise en place d'un nouveau traitement. Ces éléments étaient à même de modifier les conclusions de l'intimé. Par ailleurs, en cas de divergence entre le service de réadaptation et l'appréciation médicale, un complément d'instruction s'imposait, l'intimé

aurait dû soumettre l'avis du service de réadaptation aux experts E_____ et H_____.! [endif]> [if> 29. Par réponse du 17 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. ! [endif]> [if> 30. Par ordonnance du 26 août 2014, la chambre de céans a appelé en cause l'assuré (ci-après l'appelé en cause) et lui a octroyé un délai pour se déterminer sur le recours. ! [endif]> [if> 31. Par écriture du 30 octobre 2014, l'appelé en cause, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'irrecevabilité du recours, et subsidiairement, à l'audition du Dr D_____ et de Mme I_____, ainsi qu'au rejet du recours. Il faisait notamment valoir que son dossier avait été scrupuleusement instruit par les organes spécialisés de l'intimé durant plus de quatre ans. L'ensemble des médecins avait reconnu le caractère invalidant du syndrome des jambes sans repos. C'était donc à juste titre que l'intimé avait retenu un caractère invalidant du syndrome, respectivement du traitement y associé. Par ailleurs, il n'existait aucune divergence entre les appréciations médicales et celles du service de réadaptation. Le Dr H_____ avait repris les limitations fonctionnelles citées par le Dr E_____, auxquelles s'ajoutaient les effets secondaires des médicaments et ces limitations fonctionnelles avaient été reprises par le service de réadaptation. Ce dernier avait constaté que l'appelé en cause ne pouvait pas rejoindre le marché ordinaire de l'emploi, en raison de ses limitations fonctionnelles, dûment constatées par les médecins. Enfin, l'expertise du Dr H_____ était contestable en tant qu'elle minimisait la diminution de rendement à 10%, alors que ce médecin reconnaissait que le syndrome des jambes sans repos était devenu sévère et invalidant depuis 2008. Dans le même temps, ce médecin prétendait qu'il suffirait à l'appelé en cause de reprendre une activité professionnelle plutôt que de déambuler jour et nuit. Sa remarque paraissait dénuée de toute valeur scientifique. ! [endif]> [if> 32. Par écriture du 8 décembre 2014, la recourante s'est étonnée du fait que l'intimé ait octroyé une rente entière à l'assuré sur la seule base des conclusions du service de réadaptation, alors que les experts rhumatologue et neurologue avaient conclu à une capacité de travail dans une activité adaptée de 80% et 100% avec une baisse de rendement de 30%. ! [endif]> [if> 33. Par arrêt du 1^{er} juin 2015, la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision rendue par l'OAI le 9 avril 2014 et renvoyé la cause à ce dernier pour qu'il procède à une instruction médicale complémentaire par le biais, notamment, d'une polysomnographie. Elle constatait que l'ensemble des médecins ayant examiné l'appelé en cause avaient retenu un syndrome des jambes sans repos, certains le qualifiant de sévère, mais que ce diagnostic se fondait uniquement sur les symptômes décrits par l'appelé en cause et que le Prof. F_____ et le Dr H_____ avaient émis des doutes sur l'intensité de ce syndrome. L'intimé ne pouvait, sans autre instruction, se fonder sur les douleurs, les plaintes et les limitations fonctionnelles alléguées par l'appelé en cause et admettre que ce dernier présentait une invalidité totale. ! [endif]> [if> 34. Sur demande du Dr D_____, le docteur J_____ a procédé à une polysomnographie le 29 décembre 2014. À teneur de son rapport du 8 janvier 2015, transmis à l'OAI le 12 juin 2015, le patient avait pris de l'Adartrel vers 17h30, puis à nouveau deux capsules vers 2h00 du matin, étant incapable de s'endormir sans ce traitement en raison des impatiences des « Mis ». Il avait fini par se calmer et s'endormir. Le sommeil avait été de brève durée (2 heures 40 et environ 6 heures 30) avec 7 réveils dont 5 de plus de 90 secondes. Les différents stades du sommeil avaient représenté surtout du sommeil léger et très peu de sommeil profond et de « REM » pendant qu'il dormait, avec relativement peu d'agitation motrice. En conclusion, l'intéressé souffrait du syndrome d'impatience des membres inférieurs sévère contrôlé par l'Adartrel pendant quelques heures. ! [endif]> [if> 35. Dans un rapport du 12 août 2015, effectué sur

demande de l'OAI, le docteur K_____, médecin adjoint du service de neuropsychiatrie, laboratoire du sommeil-électroencéphalographie (EEG) des HUG, a indiqué avoir procédé à une polysomnographie de l'assuré le 29 juillet 2015. Il avait été constaté que l'assuré avait dormi 7 heures 30 avec une efficacité de sommeil discrètement diminuée, ceci en raison de multiples réveils pendant la nuit où le patient prenait des comprimés d'Adartrel. À l'hypnogramme, on constatait la présence de trois cycles intra-sommeil. À la répartition des stades, il existait une nette diminution du sommeil profond et du sommeil REM. Le médecin concluait à un patient souffrant d'un syndrome de jambes sans repos, qui s'était aggravé en 2008 à la suite de son opération de hernie cervicale avec augmentation des doses de Ropinirol avec par la suite un phénomène « d'échappement » à savoir, plus le patient augmente les doses, plus son syndrome des jambes sans repos augmente, apparaissant plutôt durant la journée, s'étendant aux membres supérieurs etc. Ce syndrome d'augmentation et d'échappement thérapeutique survenait typiquement lorsqu'on augmentait les doses d'agonistes dopaminergiques. Les recommandations étaient pour le Ropinirol un maximum de 3 mg par jour (le patient en prenait 12 à 16 mg). Il faudrait que le patient soit hospitalisé en neurologie afin de faire un sevrage des agonistes dopaminergiques, et introduire durant la période de sevrage une couverture probablement avec des opioïdes et rediscuter éventuellement une nouvelle imagerie spinale.![endif]>![if> 36. Le 29 septembre 2015, la docteure L_____, médecin SMR, a indiqué que les éléments mis à sa disposition ne permettaient pas de changer l'appréciation du SMR du 23 août 2013 qui restait valable. Elle proposait seulement d'exiger de l'assuré qu'il suive les conseils thérapeutiques du Dr K_____ et de réévaluer la situation dans un an, dans l'espoir que le traitement proposé pourrait améliorer sa capacité de travail qui était de 0% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée estimée actuellement. ![endif]>![if> 37. Le 27 novembre 2015, l'OAI a transmis à l'assuré un projet d'octroi d'une rente d'invalidité. Il confirmait le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2010. ![endif]>![if> 38. Par prise de position du 6 janvier 2016, Gastrosocial a fait valoir que la décision de l'OAI du 17 novembre 2015 s'appuyait sur une mise en place d'une évaluation de mesures de réinsertion, ce qui entraînait en contradiction avec l'avis du SMR, qui retenait que de l'assuré pourrait exercer une activité adaptée à 50%. Les Drs J_____ et K_____ ne décrivaient pas les restrictions fonctionnelles dues à la pathologie qui devraient limiter complètement la capacité de travail de l'assuré. De plus, le médecin du SMR, qui était médecin général interne et pas spécialiste dans le domaine de la neurologie ou de la pneumologie, partait du principe qu'il serait possible que l'assuré puisse exercer une activité à 50% adaptée à ses limitations, mais comme il se fondait sur le rapport de réadaptation de 2014, il abandonnait sa position et suivait ce rapport. Il restait à éclaircir ainsi la question de savoir dans quelle mesure les pathologies décrites entraînaient une influence sur la capacité de travail. Ainsi, il était nécessaire de faire une nouvelle évaluation de la limitation fonctionnelle, car l'évaluation de 2014 n'était plus justifiée. Ainsi, dans le cas où l'appréciation d'observations professionnelles divergeait sensiblement de l'appréciation médicale, il incombait à l'administration de confronter les évaluations et au besoin de requérir un complément d'instruction.![endif]>![if> 39. Par décision du 22 juin 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} février 2010. S'agissant des observations de Gastrosocial, il relevait que le SMR estimait la capacité de travail de l'assuré à 50% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Il s'agissait avant tout d'une capacité médico-théorique. Il avait orienté l'assuré sur son service de réadaptation professionnelle qui l'avait vu à plusieurs reprises. Suite à une

observation et une mise en situation, il avait été envisagé de définir un projet professionnel réaliste et réalisable adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Compte tenu des exigences des postes envisagés et des nombreuses limitations fonctionnelles, il avait été conclu qu'il n'y avait aucune capacité de travail exploitable dans l'économie normale. Il allait exiger de l'assuré qu'il suive les conseils thérapeutiques mentionnés dans l'expertise médicale dans l'espoir d'améliorer la capacité de travail et sa situation serait réévaluée dans quelque temps. En conséquence, il n'estimait pas nécessaire de mettre en œuvre, à ce stade, une nouvelle évaluation professionnelle. [endif]>[if> 40. Le 23 août 2016, Gastrosocial a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant à l'annulation de la décision, à ce que l'assuré soit débouté de sa demande de prestations d'invalidité, subsidiairement à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire du dossier. Elle faisait valoir que les Drs H_____ et F_____ avaient émis des doutes importants s'agissant des répercussions du syndrome des jambes sans repos sur la vie quotidienne et professionnelle alléguées par l'assuré. Les limitations fonctionnelles décrites par ce dernier n'avaient pas été constatées par les médecins et les experts. La chambre des assurances sociales avait considéré qu'il se justifiait de mettre en œuvre une instruction médicale complémentaire par le biais d'une polysomnographie. Selon le résumé de cet examen, l'assuré souffrait d'un syndrome des jambes sans repos. Toutefois, le Dr K_____ ne se prononçait pas sur les éventuelles limitations fonctionnelles causées par ce syndrome. De plus, il avait proposé plusieurs options thérapeutiques non explorées afin d'améliorer l'état de santé de l'assuré et la qualité de son sommeil. Ainsi, et malgré la mise en œuvre de la polysomnographie, les limitations fonctionnelles retenues, tant par le service de réadaptation que par l'OAI pour justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité ressortaient des seules déclarations de l'assuré. Or, à la suite de la polysomnographie, qui avait fourni une mesure objective de la sévérité du syndrome, l'OAI aurait dû demander aux experts de se prononcer sur les éventuelles répercussions de ce trouble sur la capacité de travail de l'assuré. Partant, l'octroi d'une rente entière d'invalidité ne reposait pas sur un constat objectif et médical d'une incapacité de travail durable ayant des répercussions sur la capacité de gain au-delà d'une invalidité de 50%. En effet, sans ces limitations fonctionnelles, le service de réadaptation serait manifestement parvenu à une conclusion différente. En conséquence, la décision de l'OAI devait être annulée. [endif]>[if> Le Dr K_____ ne s'était même pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. L'OAI aurait dû demander à l'expert de se prononcer sur les limitations fonctionnelles, compte tenu des résultats de la polysomnographie, et sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. À défaut, le service de réadaptation s'était uniquement fondé sur les déclarations de l'assuré pour conclure à une absence d'exigibilité professionnelle. Ces conclusions étaient pleinement contredites par les constatations médicales, selon lesquelles l'assuré présentait au moins une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. 41. Par réponse du 16 septembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours interjeté par Gastrosocial, se référant aux motifs développés dans sa décision. Les éléments apportés par Gastrosocial ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. [endif]>[if> 42. Le 4 octobre 2016, Gastrosocial a informé la chambre de céans avoir pris connaissance de la réponse de l'OAI et n'avoir pas d'observations supplémentaires à formuler. [endif]>[if> 43. Sur demande de l'assuré, la chambre de céans l'a appelé en cause le 13 février 2017. [endif]>[if> 44. Le 31 mars 2017, l'appelé en cause a fait valoir que suite à la décision de l'OAI du 22 juin 2016 lui accordant une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2010, il s'était adressé à Gastrosocial à plusieurs

reprises pour qu'elle lui adresse les prestations de prévoyance professionnelle auxquelles il pouvait prétendre. Celle-ci n'ayant pas donné suite à sa demande sans explication, son conseil avait mis cette institution de prévoyance formellement en demeure de prendre position sur ses droits. Ce courrier étant demeuré sans réponse, l'assuré avait adressé une demande en paiement d'une rente d'invalidité contre Gastrosocial, le 25 novembre 2016, à la chambre de céans. Gastrosocial avait agi contrairement au principe de la bonne foi en omettant de l'informer de la présente procédure. Elle engageait sa responsabilité et devait répondre du dommage en lien avec le dépôt d'une demande en paiement d'une rente de prévoyance professionnelle. Par ailleurs, l'art. 6 § 1 CEDH imposait une exigence de célérité, principe qui trouvait également application en matière de prestations sociales. Il était rappelé que la période à considérer sous l'angle du délai raisonnable débutait à la date de la demande préalable d'indemnisation lorsqu'une telle demande était un préliminaire nécessaire à la saisine des juridictions. Elle prenait fin à la date du jugement définitif ou, le cas échéant, avec l'exécution complète de ce jugement. Cette exigence de célérité n'était pas respectée lorsqu'une institution de prévoyance pouvait, comme dans le cas présent, recourir à répétées reprises contre une décision de l'OAI en se contentant d'opposer sa propre appréciation des faits à celle de l'autorité compétente, en lien avec les éléments médicaux et professionnels figurant au dossier et ainsi rallonger de manière intolérable la procédure. Le législateur avait doté l'assurance-invalidité de moyens d'investigation qui lui permettaient d'instruire les demandes des assurés sur le plan médical et professionnel par des personnes formées à cet effet. Cette instruction était déjà en règle générale considérablement longue. Au regard du principe évoqué, il ne pouvait être admis qu'une institution de prévoyance puisse entraver le cours de la procédure en contestant le bienfondé d'une décision, sans qu'elle ne produise le moindre élément matériel qui permettrait de mettre en doute le bienfondé des constatations auxquelles les spécialistes de l'OAI étaient parvenus. Il en allait également de l'égalité des armes, principe découlant de la même disposition conventionnelle, dans la mesure où un assuré ne serait pas fondé à contester une décision de l'assurance-invalidité sans substantifier sa demande au moyen d'éléments médicaux et/ou professionnels propres à ébranler la conviction du juge. À cela s'ajoutait que l'activité de l'OAI était soumise à la surveillance de l'OFAS et non pas à celle des institutions de prévoyance. Ainsi, l'appelé en cause faisait valoir une interprétation de l'art. 49 al. 4 LPGA conforme à l'exigence de célérité figurant à l'art. 6 § 1 CEDH qui devait conduire, dans le cas présent, à nier toute qualité pour agir à la recourante. Il importait encore d'observer que l'attitude de l'institution de prévoyance recourante était d'autant plus choquante que l'assurance-invalidité avait déjà déclaré dans la décision entreprise prévoir un réexamen du droit à brève échéance, ce qui interrogeait au surplus sur l'économicité de la procédure qu'elle avait initiée. S'agissant de la situation médicale de l'assuré et le début de la procédure de l'assurance-invalidité, Gastrosocial se contentait de procéder à un copié-collé de son précédent mémoire de recours du 22 mai 2014. L'appelé en cause se limitait à contester en bloc cette lecture spéculative, biaisée, partielle et partielle des éléments médicaux figurant au dossier. S'agissant du volet réadaptation, c'était après un examen attentif et circonstancié de toutes les activités qui pourraient être a priori prises en compte que les responsables de la réadaptation étaient parvenus à la conclusion qu'aucune activité existante dans le circuit économique ordinaire ne pouvait être envisagée. Le Dr K_____ n'avait pas été mandaté pour se prononcer sur les limitations fonctionnelles ni sur les répercussions du syndrome de la capacité de travail, mais pour réaliser un examen de polysomnographie. Par courrier du 15 décembre 2016 adressé au médecin traitant de

l'assuré, la doctoresse M_____, spécialiste FMH en neurologie, spécialisation en médecine du sommeil, avait observé que les données cliniques associées à l'examen neurologique évoquaient un syndrome de jambes sans repos associé à des mouvements périodiques des jambes et à des myoclonies propriospinales, associées à un trouble du comportement alimentaire nocturne de degré sévère, très probablement idiopathique. Elle préconisait un nouveau traitement. Un troisième rapport de polysomnographie avait été réalisé entre le 14 et 15 février 2017 au Centre de médecine du sommeil et de l'éveil. Dans ce rapport, il était fait état d'une importante fragmentation du sommeil à mettre en relation avec les troubles moteurs des membres inférieurs. L'efficacité du sommeil était « effondrée » à 57%. Par courrier du 21 février 2017, la Dre M_____ avait fait part au médecin traitant de l'assuré du nouveau traitement qu'elle préconisait. L'appelé en cause persistait dans les moyens qu'il avait fait valoir dans sa détermination du 30 octobre 2014, dans la première procédure ayant abouti à l'arrêt de la chambre de céans du 1^{er} juin 2015. La recourante soutenait que les Drs H_____ et F_____ avaient émis des doutes importants s'agissant des répercussions du syndrome des jambes sans repos sur la vie quotidienne et professionnelle de l'appelé en cause. S'agissant du Prof. F_____, c'était tout simplement faux. Celui-ci s'était exprimé clairement en matière de limitations fonctionnelles et de capacité médico-théorique de travail limitée à 50% uniquement en relation avec le syndrome des jambes sans repos. Dans son dernier rapport du 11 décembre 2015, il faisait clairement état d'un cas extrêmement sévère de syndrome de jambes sans repos, sans remettre en doute les répercussions de cette affection en termes de limitations fonctionnelles. Son appréciation se fondait sur l'examen de polysomnographie réalisé par le Dr K_____. Quant à l'opinion du Dr H_____, elle était reléguée au second plan par les nouveaux examens réalisés, étant rappelé qu'elle datait du 5 juin 2012 et que ce dernier avait alors expressément relevé que le cas ne lui paraissait pas stabilisé. Depuis le renvoi de la cause par la chambre de céans, trois examens de polysomnographie avaient été réalisés, à savoir : - un examen pratiqué par le Centre du sommeil CENAS de Genève qui avait fait l'objet d'un rapport établi par le Dr J_____, pneumologue, aux termes duquel l'appelé en cause souffrait d'un syndrome d'impatience des membres inférieurs sévère et d'un syndrome d'apnées-hypopnées de sommeil sévère ; !endif>!if> - un examen pratiqué par le laboratoire du sommeil des HUG qui faisait l'objet d'un rapport établi par le Dr K_____ du 12 août 2015 concluant que l'appelé en cause souffrait d'un syndrome de jambes sans repos qui s'était aggravé en 2008 suite à son opération de hernie cervicale et de myoclonies propriospinales sévères ;!endif>!if> - un examen pratiqué par le Centre de médecine du sommeil et de l'éveil aux termes duquel l'appelé en cause souffrait d'une efficacité du sommeil effondrée à 57% en raison de pathologie motrice et respiratoire. !endif>!if> Les troubles dont souffrait l'assuré avaient ainsi été clairement objectivés. Le caractère invalidant du syndrome en question, respectivement des traitements associés à celui-ci, était évident. S'agissant du pronostic et de l'amélioration qu'un traitement pourrait apporter, force était de constater que diverses pistes avaient jusqu'à ce jour été explorées, mais sans succès. La décision entreprise indiquait que l'OAI allait exiger de l'assuré qu'il suive les conseils thérapeutiques mentionnés dans l'expertise médicale, dans l'espoir d'améliorer sa capacité de travail et que la situation serait réévaluée dans quelque temps. Les arguments de la recourante dans ce contexte tombaient donc à faux. S'agissant de l'appréciation du service de réadaptation, contrairement à ce que prétendait la recourante, il n'existait, à l'évidence, pas de divergences entre les appréciations médicales et celles des organes d'observation professionnelle. Le service de réadaptation reprenait mot à mot et

fidèlement les conclusions des médecins, en ce qui concernait les limitations fonctionnelles (Dr E_____, Dr H_____ et Prof. F_____). Il était également faux de prétendre que le service de réadaptation s'était uniquement fondé sur les déclarations de l'appelé en cause pour conclure à une absence d'exigibilité professionnelle. Le service compétent avait repris les constatations médicales pour parvenir à la conclusion qu'il n'existait pas d'activité répondant aux limitations fonctionnelles dûment attestées par les médecins. Le service de réadaptation professionnelle ne contestait pas les éléments médicaux figurant au dossier, mais parvenait, au terme de son analyse, qui relevait exclusivement de son domaine de compétence, à la conclusion que l'assuré ne pouvait pas rejoindre le marché ordinaire de l'emploi en raison de ses limitations fonctionnelles dûment constatées par le corps médical. À cet égard, la chambre de céans avait, dans son premier arrêt rendu dans la présente affaire, omis de prendre en compte cet aspect qui était pourtant déterminant pour conclure au rejet du recours. En conséquence, l'appelé en cause concluait, sous suite de frais et dépens, principalement, à ce que le recours interjeté par Gastrosocial soit déclaré irrecevable, subsidiairement au rejet du recours, et plus subsidiairement encore, à l'audition des Drs D_____, F_____, M_____ et de Mme I_____ et au rejet du recours. À l'appui de sa détermination, l'appelé en cause a produit : - un rapport médical établi le 11 décembre 2015 par le Prof. F_____ par lequel ce dernier informait le conseil de l'assuré que la consultation très exhaustive du Dr K_____ ainsi que la description détaillée de la polysomnographie effectuée lui semblaient être à la fois très informative et utile. Une réduction des doses de l'agoniste dopaminergique, associée à l'introduction de dérivés opiacés lui semblait en effet tout à fait adéquate dans ce cas extrêmement sévère de syndrome de jambes sans repos. Cependant, il n'était pas certain qu'il faille hospitaliser le patient dans ce but et, si cela devait être le cas, certainement pas dans le service de neurologie, mais plutôt dans le service de neuro-rééducation de l'hôpital de Beau-Séjour. On pouvait envisager une approche thérapeutique sur une base ambulatoire dans un premier temps et, si nécessaire, dans un cadre stationnaire. Ceta dit, il devait bien avouer que la complexité du cas dépassait ses compétences et il lui semblait que, pour une prise en charge optimale de ce patient, il devrait être suivi de manière rapprochée et bien encadrée par un spécialiste de la médecine du sommeil. Il lui recommandait chaudement la Dre M_____, qui avait une formation extensive en neurologie générale et une spécialité en médecine du sommeil ; - un rapport établi le 15 décembre 2016 par la Dre M_____, indiquant avoir reçu le patient le 12 décembre 2016 et que les données cliniques associées à l'examen neurologique évoquaient un syndrome de jambes sans repos associé à des mouvements périodiques des jambes et à des myoclonies propriospinales, et associé à un trouble du comportement alimentaire nocturne de degré sévère, très probablement idiopathique. Ces diagnostics faisaient partie très probablement de la même entité dont l'expression motrice était multiple, mais également avec une variante non motrice que pouvait représenter le trouble alimentaire nocturne. L'anamnèse évoquait fortement un syndrome d'augmentation et nécessiterait un sevrage progressif de l'Adartrel associé à l'introduction d'un nouveau traitement tel que le Targin, opiacé recommandé dans les formes pharmaco-résistantes. Le syndrome d'augmentation était lié aux doses d'Adartrel, mais pouvait aussi être favorisé par une ferritine basse. - un rapport de polysomnographie établi par le Centre de médecine du sommeil et de l'éveil du 14 au 15 février 2017 signé le 20 février 2017 par le docteur N_____ et la Dre M_____. Le 16 mai 2017, la recourante a relevé qu'elle n'avait pas eu de comportement contraire à la bonne foi. L'appelé en cause avait eu la possibilité de

s'adresser tant à l'OAI qu'à la chambre de céans pour s'enquérir de l'existence d'un recours contre la décision de l'OAI. S'il l'avait fait, il aurait été informé du recours qu'elle avait déposé et se serait abstenu de saisir de façon prématurée la chambre de céans d'une demande en paiement. Dans ces circonstances, elle ne saurait être tenue responsable d'un quelconque dommage occasionné à l'appelé en cause. De jurisprudence constante, l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité était de nature à toucher directement, au sens de l'art. 49 al. 4 LPGA, l'obligation de prester de l'institution de prévoyance fondée sur le droit de la prévoyance professionnelle obligatoire, sous l'angle de son principe même ou du moment ou de la durée de l'obligation (cf. art. 23 ss LPP). Aussi, les organes de la prévoyance professionnelle avaient la qualité pour recourir contre la décision de l'OAI sur le droit à la rente d'invalidité. Il fallait également rappeler que la décision de l'OAI, lorsqu'elle était notifiée à l'institution de prévoyance, avait force contraignante pour cette dernière. Nier la qualité pour agir reviendrait ainsi à refuser à l'institution de prévoyance toute voie de droit pour s'opposer aux constatations de l'OAI. Un tel résultat violerait à l'évidence le droit d'être entendu de l'institution de prévoyance. De surcroît, l'argument de l'appelé en cause tombait d'autant plus à faux qu'en l'occurrence, la chambre de céans avait donné raison à Gastrosocial et annulé la première décision de l'OAI, en raison d'une instruction incomplète. Par conséquent l'appelé en cause devait être débouté de sa conclusion en irrecevabilité. Les objections soulevées par l'appelé en cause dans ses écritures du 31 mars 2017 étaient clairement contredites par les pièces médicales du dossier et les constatations entrées en force de la chambre des assurances sociales. À l'exception du Dr D _____, tant le Dr H _____ que le Prof. F _____ avaient émis des doutes quant à l'ampleur du syndrome des jambes sans repos, et par voie de conséquence des limitations fonctionnelles correspondantes, telles que décrites par l'appelé en cause. Si l'on résumait les différents avis médicaux, tous fondés exclusivement sur les plaintes subjectives de l'assuré, la capacité de celui-ci, dans une activité adaptée était de 80% selon l'appréciation du Dr E _____ du 30 octobre 2009, 100% avec une diminution du rendement de 30%, selon l'appréciation du Dr H _____ du 5 juin 2012, 100% avec une diminution du rendement de 30% selon l'appréciation de la Docteure O _____ du SMR du 17 juillet 2012 et 50% s'agissant uniquement du syndrome des jambes sans repos, selon l'appréciation du Prof. F _____ du 26 juin 2013. L'appréciation de ce dernier était fondamentalement différente de celle des autres médecins amenés à examiner l'assuré. En particulier, elle différait de celle du Dr H _____, alors que selon le constat du Prof. F _____, l'état de santé de l'appelé en cause était stationnaire. Malgré les divergences frappantes d'opinion des médecins spécialistes, le SMR retenait, comme le Prof. F _____, une capacité de travail de 50% au plus. L'avis médical du SMR du 29 septembre 2015, qui se fondait exclusivement sur le rapport du Dr K _____, n'était pas suffisamment motivé. L'OAI aurait dû demander aux spécialistes de se déterminer sur les résultats des examens de polysomnographie, eu égard aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail de l'appelé en cause. Gastrosocial persistait ainsi dans sa demande visant à ce qu'un médecin spécialiste se prononce sur la base des données objectives issues des examens de polysomnographie sur les limitations fonctionnelles retenues plus de quatre ans auparavant, alors qu'aucune donnée objective concernant l'ampleur du syndrome n'était disponible, et sur les répercussions sur la capacité de travail de l'appelé en cause. En particulier, l'apparition de troubles respiratoires (apnée) en 2015 devait également être prise en compte dans l'appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de l'appelé en cause. 46. Le 18 avril 2017, l'OAI a

informé la chambre de céans n'avoir pas de nouvelles observations à formuler et maintenir ses précédentes conclusions.![endif]>![if> 47. Sur ce, 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. 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> 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).![endif]>![if> En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 22 juin 2016 octroyant une rente entière d'invalidité à l'appelé en cause.![endif]>![if> 6. L'appelé en cause conteste la qualité pour agir à la recourante.![endif]>![if> a. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. L'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité est de nature à toucher (directement), au sens de l'art. 49 al. 4 LPGA, l'obligation de prester de l'institution de prévoyance fondée sur le droit de la prévoyance professionnelle (obligatoire), sous l'angle de son principe même ou du montant ou de la durée de l'obligation (cf. art. 23 ss LPP). Aussi, les organes de la prévoyance professionnelle ont-ils la qualité pour recourir contre la décision de l'office AI sur le droit à la rente d'invalidité (ATF 132 V 1 consid. 3.3.1 p. 5; cf. art. 89 al. 1 LTF). Le recours de GASTROSOCIAL Caisse de pension est dès lors recevable. b. L'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. À l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH, cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai

que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 124 I 139 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 946/05 du 11 mai 2007 consid. 5.1). La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ne fixe pas le délai dans lequel l'assureur doit rendre sa décision. En pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de celui-ci et celui des autorités compétentes. À cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure administrative. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts, qui sont inévitables (ATF 124 cité plus haut), mais une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne sauraient justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 122 IV 103 ; ATF 107 Ib 160 consid. 3c) ; il appartient en effet à l'État d'organiser ses autorités et de fournir les moyens matériels nécessaires à leur fonctionnement normal, sous réserve qu'à l'impossible nul n'est tenu (cf. ATF 119 III 1 consid. 3; BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, pp. 170 ss; KNAPP, Précis de droit administratif, Bâle 1991, n. 633). La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 ; ATF 129 V 411 consid. 1.3).

c. Au vu de la jurisprudence précitée, la qualité pour recourir doit être reconnue à la recourante. La question de savoir si le principe de la célérité a été violé peut rester ouverte. En effet, même si cela était le cas, cela serait sans effet sur la qualité pour recourir de GASTROSOCIAL, dès lors que la réparation d'une telle violation consiste dans sa constatation, qui doit faire l'objet d'une action contre l'autorité à laquelle ladite violation est reprochée.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques

objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 , op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015 , op. cit., consid. 6.1). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). 8.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes,

doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de

prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et

l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; arrêt du Tribunal fédéral 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122

III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. a. En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir demandé au Dr K_____ de se prononcer sur les limitations fonctionnelles causées par le syndrome des jambes sans repos dont souffre l'appelé en cause. La chambre de céans a considéré, dans son arrêt du 1^{er} juin 2015 – après avoir mentionné les doutes émis par les Drs F_____ et H_____ sur la gravité du syndrome des jambes sans repos de l'appelé en cause – que les plaintes subjectives de l'assuré ne suffisaient pas pour justifier une invalidité et qu'il convenait renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à une instruction médicale complémentaire par le biais, notamment, d'une polysomnographie. Il en résulte que la polysomnographie avait pour but d'objectiver les plaintes subjectives de l'assuré. Le Dr K_____ a conclu, dans son rapport du 12 août 2015, que l'appelé en cause souffrait d'un syndrome des jambes sans repos, qui s'était aggravé en 2008 à la suite de son opération de hernie cervicale, avec augmentation des doses de Ropinirol avec par la suite un phénomène « d'échappement ». Ces conclusions sont convaincantes et n'ont pas fait l'objet de critiques, hormis le fait qu'elles ne se prononçaient pas sur les limitations fonctionnelles de l'appelé en cause. Elles ont manifestement convaincu le Dr F_____ – qui avait émis des doutes sur la gravité du syndrome dont souffre l'appelé en cause – puisque ce médecin n'a émis aucune critique à leur encontre et qu'il a constaté, dans son rapport du 11 décembre 2015, que l'appelé en cause souffrait d'un syndrome des jambes sans repos extrêmement sévère. Il a été ainsi objectivé que l'assuré souffrait d'un syndrome des jambes sans repos aggravé avec répercussion sur le sommeil en 2015, ce qui valide le diagnostic de syndrome sévère des jambes sans repos posé par le Dr H_____ le 5 juin 2012.

b. Le Dr H_____ avait certes mis en doute, dans son rapport, les déclarations de l'assuré, selon lesquelles celui-ci se levait vers 2h00-2h30 et déambulait pratiquement toute la journée jusqu'au coucher vers 23h00-23h30, relevant qu'une telle description ne semblait guère plausible. Force est de constater que les déclarations de l'assuré ne sont pas corroborées par les constatations du Dr K_____, dès lors que ce dernier a constaté, lors de la polysomnographie, que l'assuré avait dormi sept heures trente avec une efficacité de sommeil discrètement diminuée. À cet égard, il sera relevé que l'assuré peut avoir eu une appréciation subjective de ses heures de sommeil ne correspondant pas à la réalité, dès lors qu'il est établi que son sommeil était entrecoupé de multiples réveils pendant la nuit. Quoi qu'il en soit, le fait que les déclarations de l'assuré aient pu ne pas correspondre à la réalité n'est pas déterminant en l'espèce, car la question essentielle à trancher est de savoir si le rapport du Dr K_____ suffit à valider le diagnostic de syndrome des jambes sans repos et les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H_____, dans son rapport du 5 juin 2012, et prises en compte par la suite par les ÉPI. Le Dr H_____ avait retenu, s'agissant du syndrome des jambes sans repos, que l'activité exigible devait permettre une alternance de la position assise et debout et autoriser la déambulation fréquente – ce qui rejoignait les limitations déjà attestées par l'expertise rhumatologique – auxquelles il fallait ajouter fatigue et somnolence. Or, ces deux dernières limitations sont en l'occurrence suffisamment établies, car il a été objectivé que la qualité du sommeil de l'assuré était réellement altérée par le syndrome des jambes sans repos, mais surtout parce que le Dr H_____ reliait les limitations spécifiques à ce syndrome – soit la fatigue et la somnolence – aux effets secondaires du traitement médicamenteux de ce syndrome. Il est établi et non contesté qu'en juin 2012, l'assuré prenait de l'Adartrel 1.5 mg

à 19h00 et 1.5 mg au coucher, puis un patch de Neutro de 4 mg au coucher. Selon le Dr H_____, ce traitement était insuffisamment dosé et allait être progressivement augmenté jusqu'à 3 mg. Quant au Dr K_____, il a relevé dans son rapport que les recommandations étaient pour le Ropinirol un maximum de 3 mg par jour et que le patient en prenait 12 à 16 mg. Il est ainsi suffisamment établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les limitations fonctionnelles de la fatigue et de la somnolence, impactant la capacité de concentration de l'assuré, sont valables depuis 2012 et qu'elles n'ont pu que s'aggraver, vu l'augmentation constante du traitement médicamenteux depuis lors. L'OAI était ainsi fondé à prendre la décision querellée sans demander au Dr K_____ de préciser les limitations fonctionnelles de l'assuré, ni soumettre le rapport de celui-ci aux experts, étant relevé que les autres limitations relevées par le Dr H_____, qui correspondent à celles retenues par l'expert rhumatologue, ne sont pas contestées. 11. Il convient encore d'examiner si l'OAI pouvait se déterminer sur la base du rapport des ÉPI du 12 mars 2013 – qui retenait que l'assuré ne pouvait être réadapté actuellement sur le marché ordinaire, en raison des limitations fonctionnelles liées aux douleurs ressenties – sans soumettre ce rapport aux Drs E_____ et H_____, qui avaient retenu une capacité de travail résiduelle de l'assuré. Selon la jurisprudence susmentionnée, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré. Dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction. Le Dr E_____ a retenu dans son rapport du 30 octobre 2009 que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle et que, dans un travail léger excluant les ports de charges au-delà de 10 kg et les mouvements répétitifs de l'épaule principalement au-dessus de l'horizontal avec une activité autorisant l'alternance de la position assise et debout et une déambulation fréquente, la capacité de travail pourrait vraisemblablement atteindre 80%. Il précisait qu'une demande d'assurance-invalidité était en cours et qu'il laissait le soin à cette institution de définir, par le biais d'un stage, les limitations fonctionnelles dans un milieu professionnel adapté et, principalement, le rendement que pourrait fournir l'assuré. Quant au Dr H_____, il a indiqué, le 5 juin 2012, que les limitations fonctionnelles liées au syndrome des jambes sans repos étaient déjà comprises dans les limitations fonctionnelles attestées par l'expertise rhumatologique – à savoir une activité autorisant l'alternance de la position assise et debout et la déambulation fréquente – et qu'il fallait également tenir compte de la fatigue et de la somnolence qui pouvaient être causées par le traitement médicamenteux. Il a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était entière avec une diminution de rendement de 30% (en raison des effets secondaires des médicaments). Le rapport de réadaptation professionnelle du 12 mars 2013 a conclu qu'il n'y avait pas d'exigibilité professionnelle en ce qui concernait l'assuré, après avoir envisagé de définir un projet professionnel adapté aux limitations fonctionnelles réaliste et réalisable en économie normale pour celui-ci, étant rappelé qu'il s'agissait de trouver une fonction dans un emploi en économie libre qui respectait les limitations fonctionnelles suivantes : travail léger, pas de port de charges supérieur à 10 kg, éviter les mouvements répétitifs de l'épaule au-delà de l'horizontale, alternance des positions assise et debout, autoriser une déambulation fréquente, pas de position assise prolongée plus de 30 minutes, ni de travail nécessitant beaucoup de précision et de concentration, car l'assuré présentait une fatigue diurne avec somnolence. Différents

domaines et leurs exigences avaient été pris en compte et ils s'avéraient irréalistes, car ils n'étaient pas compatibles et inadaptés aux limitations fonctionnelles. Force est de constater qu'il n'y a pas ici d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales sur la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré, mais une appréciation du conseiller en réadaptation sur les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux, compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré, ce qui entre dans le cadre de ses compétences spécifiques. Les ÉPI n'ont pas remis en cause les limitations retenues par Drs E_____ et H_____.

Dans ce cas de figure, il ne s'impose pas de soumettre les conclusions des ÉPI au médecin (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010). 12. Le caractère irréaliste des possibilités de travail découle de l'atteinte à la santé de l'assuré, comme cela ressort des précisions apportées par les ÉPI qui ont cité les limitations qui rendaient les activités envisagées impossibles. S'agissant du dernier domaine, soit les activités administratives ou toute activité nécessitant une formation avec des prérequis scolaires, les ÉPI ont toutefois cité un facteur étranger à l'invalidité, à savoir le fait que l'assuré avait suivi l'école primaire jusqu'à 10 ans. Il apparaît cependant que le rapport des ÉPI mentionnait, au début du paragraphe relatif aux activités examinées, que celles-ci, donc toutes, n'étaient pas compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. Il n'est pas contestable que des activités administratives nécessitant une formation avec des prérequis scolaires ne paraissaient pas compatibles avec des difficultés de concentration liées à la fatigue. À cet égard, il sera rappelé que le Dr D_____ avait indiqué, dans son rapport du 1^{er} décembre 2010, que le traitement médicamenteux de l'assuré permettait un certain apaisement des symptômes des jambes sans repos, mais au prix d'une somnolence diurne et de difficultés de concentration et que les effets secondaires étaient incompatibles avec une activité professionnelle nécessitant attention et concentration. On ne saurait dès lors considérer que des facteurs personnels constituaient, en l'espèce, des éléments prédominants par rapport aux autres causes directement liées aux capacités physiques de l'assuré. Dans le même sens, le Prof. F_____ a indiqué, le 26 juin 2013, que l'augmentation des doses de Ropinirol avait été efficace, mais avec des effets secondaires majeurs.!

Il convient donc de retenir que les informations recueillies à l'occasion du stage aux ÉPI complétaient utilement les données médicales fournies par les Drs E_____ et H_____, en démontrant concrètement que l'assuré n'était plus à même de mettre en valeur de manière significative la capacité de travail résiduelle retenue sur le plan médico-théorique. Dans ce contexte, on rappellera que lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA (auquel renvoie l'art. 28 al. 2 LAI), lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. Il faut également relever que la recourante n'a donné aucun exemple concret d'activité qu'elle estimait adaptée à la situation de l'assuré. Il en résulte que l'OAI pouvait retenir qu'il n'y avait pas d'exigibilité professionnelle en se référant au rapport des ÉPI, sans le soumettre à l'appréciation des experts. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 14. La recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1 bis LAI). 15. Des dépens, fixés à CHF 3'000.-, seront alloués à l'appelé en cause, qui en a requis et qui obtient gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 71 al. 2 LPA). 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.