

GE_GERICHTE A/3296/2016 vom 29. März 2018

GE Cour de justice, 2018-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3296_2016

FR: GE_GERICHTE A/3296/2016 du 29 mars 2018

IT: GE_GERICHTE A/3296/2016 del 29 marzo 2018

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o M.B_____, à BERNEX, représenté par Syndicat SIT Recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE Intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1980 et originaire du Kosovo, est venu s'établir en Suisse en 2007. Après un apprentissage en tant que peintre et plâtrier au Kosovo, il a travaillé en Suisse dans ces activités pour plusieurs entreprises, en dernier lieu en tant qu'aide-peintre pour C_____. Sàrl jusqu'au 19 juin 2015 avec un salaire-horaire de CHF 27.55 pour quarante heures par semaine.![endif]>![if> 2. Le 8 octobre 2011, l'intéressé est tombé, après s'être tordu la cheville, et s'est fracturé le quinzième métatarsien droit, se compliquant par la suite par une algodystrophie. ![endif]>![if> 3. L'intéressé se plaignant d'une coxalgie et d'une adénite droite, une arthro-imagerie par résonance magnétique (IRM) a été pratiquée en avril 2013, mettant en évidence un conflit fémoro-acétabulaire, une déchirure du labrum antéro-supérieur et une délamination du cartilage de la cotyle antéro-postérieure.![endif]>![if> 4. L'incapacité de travail totale a été attestée suite à l'accident durant la période du 6 octobre 2011 au 31 mars 2013 et a été reconduite pour cause de maladie dès le 1 er avril 2013.![endif]>![if> 5. Dans son courrier du 22 mai 2013 au docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecine manuelle et médecine générale, le Dr E_____ du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a fait état de ce que l'arthro-IRM avait confirmé la présence d'un conflit fémoro-acétabulaire avec un épaulement de la jonction tête-col, une déchirure labrale et une délamination du cartilage antéro-supérieur du cotyle sur environ 10mm. L'origine des douleurs du patient à la hanche était en relation avec cette coxarthrose en interligne conservée. Après des séances de physiothérapie, l'assuré ne présentait plus de douleurs et il était ainsi difficile de le convaincre pour une option chirurgicale. Si les douleurs revenaient, l'option chirurgicale serait une arthroscopie de sa hanche avec une réinsertion du labrum et une résection de la partie proéminente de la jonction tête-col.![endif]>![if> 6. Le 8 juillet 2013, l'assuré a fait l'objet d'une expertise par le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Clinique Corela, sur mandat de l'assurance perte de gain de l'employeur. Les diagnostics de l'expert sont une fracture du cinquième métatarsien droit et des algies inorganiques de tout le membre inférieur droit. La fracture avait atteint le stade de status post. En dépit de petits signes à l'arthro-IRM, notamment des anomalies du bourrelet cotyloïdien et une délamination cartilagineuse des cartilages fémorales, l'expert a exclu un conflit fémoro-acétabulaire de la hanche, tout en relevant que l'assuré était très démonstratif lors de l'examen clinique. L'expert a en outre fait état d'une discrète hernie inguinale bilatérale et de varices des membres inférieurs, opérées en novembre 2012, lesquelles avaient atteint le stade de status post. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle

d'origine médicale et la capacité de travail était de 100 % dès le 10 juillet 2013. 7. Dans son rapport du 1^{er} juin 2014, le docteur G _____ du service de chirurgie viscérale des HUG a exclu une hernie inguinale bilatérale et a retenu une probable origine ostéo-musculaire des douleurs inguinales. Il n'y avait ainsi pas d'indication opératoire. Au demeurant, la symptomatologie douloureuse était en diminution et pouvait être liée aux lésions articulaires de la hanche droite. 8. Selon le courrier du 22 septembre 2014 du docteur H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'examen clinique confirmait l'origine articulaire des douleurs en relation avec la lésion du labrum. Ce médecin a longuement discuté avec l'assuré des possibilités chirurgicales et des résultats que l'on pouvait en attendre. Néanmoins, l'assuré semblait opposé à toute idée d'intervention chirurgicale. 9. Selon le rapport du 2 octobre 2014 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, l'assuré souffre de douleurs chroniques du pli inguinal et du membre inférieur droit. Ces douleurs, s'étendant à la région paralombaire et au niveau de la fesse droite lors d'efforts importants, étaient apparues progressivement suite à son accident. Elles sont omniprésentes, insomniantes et déclenchées ou aggravées par la mobilisation de la hanche droite, par la marche, par le port de charges lourdes, par la station debout prolongée et par l'application de chaud, et soulagées par le repos et par le décubitus dorsal. Lors d'un examen angiologique en avril 2012, une varice de la petite saphène droite est objectivée, motivant une cure par stripping le 5 décembre 2012 avec un bon résultat sur les douleurs du mollet et de la cheville droite, ainsi que sur l'œdème du membre inférieur droit, mais sans incidence sur les autres douleurs. Dans l'anamnèse psychosociale est décrit une tristesse occasionnelle sans idées noires ou idéation suicidaire. L'assuré se dit fâché des évaluations précédentes, car les spécialistes n'ont pas posé de diagnostic clair. Lors de l'évaluation audit centre, il existe encore des signes évidents d'algoneurodystrophie au niveau du pied et de la cheville droite (trouble trophique, œdème, sudations profuses), lesquels expliquent en grande partie la persistance de douleurs à ces niveaux et sont aussi à l'origine d'un abaissement général du seuil de la douleur. Les médecins ont fait des propositions d'amélioration du traitement médicamenteux et ont encouragé le patient à reprendre progressivement les exercices en piscine qu'il pratiquait auparavant, et à augmenter régulièrement le périmètre de marche malgré la douleur, afin d'éviter un déconditionnement physique. Des séances de physiothérapie devraient également être prescrites au moins une fois par année avec enseignement d'exercices à visée antalgique et de relaxation. L'assuré sera par ailleurs convoqué à un essai de TENS (stimulation électrique nerveuse trans-cutanée) au niveau de la hanche droite. L'assuré a exprimé une réticence à se faire opérer au niveau de la hanche droite et a affirmé à plusieurs reprises, sa volonté de rester actif professionnellement et d'augmenter l'activité physique dans sa vie privée. 10. Le 17 octobre 2014, le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur a procédé à un essai de stimulation nerveuse électrique trans-cutanée (TENS). Cet essai a été rapidement interrompu en raison d'une aggravation des douleurs. 11. Selon le rapport relatif à un scanner de l'abdomen du 5 août 2015, l'assuré présente une hernie inguinale indirecte gauche de contenu graisseux. 12. L'assuré ayant de nouveau été mis à l'arrêt de travail, après être retourné travailler chez son employeur, il a été soumis à une nouvelle expertise le 19 août 2015 par le docteur I _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie FMH, à la demande de l'assureur perte de gain de l'employeur. Dans son rapport du 20 août 2015, l'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de douleurs du pli inguinal droit chroniques dans le contexte d'une

déchirure du labrum, d'une délamination du cartilage du cotyle antéro-supérieur d'environ 10 mm et d'éléments en faveur d'un conflit fémoro-acétabulaire droit, ainsi que de suspicion d'une hernie crurale droite. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle, les douleurs s'étant nettement atténuées. Toutefois, le risque de récurrences de douleurs plus marquées était grand, compte tenu des lésions de la hanche droite. Dans une activité adaptée, essentiellement effectuée en position assise, la capacité de travail était totale. La capacité de travail pouvait être améliorée par une arthroscopie. Selon l'anamnèse, l'assuré avait développé, après son accident en 2011, des douleurs de la racine du membre inférieur droit qui avaient conduit à de multiples investigations et à de multiples avis de différents spécialistes. Le docteur E_____ avait suggéré une prise en charge chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie. L'assuré semblait avoir repoussé à plusieurs reprises cette indication chirurgicale, notamment sur conseil de l'orthopédiste qui l'avait expertisé en juillet 2013. La situation était encore plus compliquée par la présence, toutefois non confirmée, d'une possible hernie crurale droite que le chirurgien orthopédiste des HUG souhaiterait faire opérer avant qu'il n'intervînt par une arthroscopie au niveau de la hanche droite. Selon le Dr I_____, il serait souhaitable que le patient pût être opéré de la lésion du labrum et du conflit fémoro-acétabulaire. Il a ainsi invité l'assuré à recontacter les chirurgiens digestifs afin qu'ils déterminassent si oui ou non il présentait une hernie inguinale et si celle-ci devait le cas échéant être opérée, puis le Dr E_____ pour planifier une arthroscopie au niveau de la hanche droite. Il était préférable que l'assuré fût d'abord opéré avant une reprise d'activité complète dans son travail de peintre en bâtiment.!

13. Dans leur rapport du 17 septembre 2015, les Drs E_____ et J_____ ont fait état de ce que l'assuré présentait des douleurs pulsatiles au niveau du pli de l'aîne à droite pour des raisons peu claires. Il avait bénéficié d'une intervention au niveau du pli de l'aîne à droite pour un problème vasculaire, laquelle avait aggravé les douleurs à ce niveau, selon ses dires. Dès lors que les douleurs étaient localisées le jour de la consultation au niveau du flanc droit plutôt qu'au pli de l'aîne, il semblait peu probable que leur origine provînt d'un problème de hanche. Ces médecins ont proposé à leurs collègues de la chirurgie viscérale et de la chirurgie cardiovasculaire de revoir l'assuré pour déterminer l'origine exacte des douleurs.!

14. Dans son rapport du 23 septembre 2015, le docteur K_____ du service de chirurgie viscérale des HUG a constaté une hernie inguinale bilatérale, probablement indirecte, pour laquelle il a retenu l'indication pour une cure de hernie inguinale bilatérale qui pourrait régler le problème de l'éventuelle hernie crurale du côté droit. Toutefois, il préconisait d'effectuer d'abord l'arthroscopie éventuellement indiquée. !

15. Selon le rapport du 22 octobre 2015 du Dr D_____, l'assuré présente des varices à la jambe droite opérées, une hernie inguino-crurale droite et un labrum déchiré de la hanche droite. La continuation d'une activité physique dans le bâtiment est difficile, à plus ou moins long terme. L'assuré a repris le travail depuis le 1^{er} octobre 2015 à 100 %, avec une réserve.!

16. Selon le rapport du 14 décembre 2015 du Dr K_____, il n'y a ni une indication à une arthroscopie, selon le Dr E_____, ni une indication opératoire à réaliser une cure de hernie. En l'absence de solution aux douleurs au niveau chirurgical, le Dr K_____ a recommandé à l'assuré de voir l'équipe de la douleur et éventuellement un rhumatologue. L'assuré avait par ailleurs repris le travail à 50%, mais était de nouveau en arrêt de travail après un mois.!

17. En janvier 2016, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité. !

18. Par courrier du 7 janvier 2016, l'assurance perte de gain a fait savoir à l'assuré que, moyennant une adaptation de son traitement recommandée par l'expert, il pourrait retrouver

une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. En vertu de l'obligation de diminuer le dommage, il devait participer au traitement préconisé. En tout état de cause, il présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, soit toute activité en position essentiellement assise. Cela étant, il était exigible que l'assuré changeât d'activité. Dans l'intervalle, une indemnité journalière de transition lui sera accordée jusqu'au 27 mars 2016. Dès lors que sa perte de gain dans une activité adaptée n'était que de 6%, selon le calcul de cette assurance, il n'avait plus droit aux prestations à partir de cette date. S'il ne trouvait pas d'emploi adapté d'ici au 28 mars 2016, il devrait s'inscrire à l'assurance-chômage.!

19. Par demande reçue le 21 janvier 2016, l'assuré a requis les prestations de l'assurance-invalidité.!

20. Dans son rapport du 28 janvier 2016, le Dr D_____ a mentionné dans les limitations le port de charges lourdes et la station prolongée debout. Les limitations ne pouvaient être réduites par des mesures médicales, de sorte qu'on ne devait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Le pronostic d'une reprise de travail dans le bâtiment était mauvais.!

21. Selon le rapport du 24 février 2016 du professeur L_____ et du docteur M_____ du service de rhumatologie des HUG, l'assuré semble souffrir de douleurs mécaniques du pli inguinal droit, en amélioration depuis qu'il est en arrêt de travail, soit juin 2015. Au moins deux tentatives de reprise de travail à 100% et à 50% ont échoué. Il n'y a pas d'explication claire pour les douleurs. Une origine coxofémorale semble la plus probable, mais n'a pas été retenue par les spécialistes orthopédistes. Il a été proposé à l'assuré de revoir les consultants de la douleur, en attendant une réponse plus claire sur l'origine des symptômes.!

22. Du rapport d'évaluation d'intégration professionnelle (IP) de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) du 21 avril 2016 ressort que l'assuré souhaite être aidé pour s'orienter. Depuis le 5 avril 2016, il est pris en charge par l'office cantonal de l'emploi (OCE). Selon le collaborateur de l'OAI, il n'a pas droit aux mesures d'ordre professionnel mais peut bénéficier d'une intégration professionnelle. L'assuré ne conteste pas l'exigibilité de la reprise de travail. Il s'est inscrit à l'assurance-chômage. L'OAI souhaiterait collaborer avec l'OCE pour la prise en charge d'une mesure d'orientation professionnelle et éventuellement un cours.!

23. Dans la note de travail de l'OAI relative à un entretien en date du 22 juin 2016 avec l'OCE, il est indiqué qu'un soutien en intégration professionnelle est proposé. Les deux assureurs conviennent de clôturer le dossier relatif à l'intégration professionnelle à l'OAI et de laisser poursuivre l'assurance-chômage pour la mise en œuvre de ces mesures.!

24. Le 22 juin 2016, l'OAI a calculé la perte de gain de l'assuré dans une activité adaptée et l'a déterminée à 1,2 %, en se fondant sur l'Enquête suisse des salaires (ESS) 2014, indexée à 2015, concernant une activité simple et répétitive, et en admettant un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles.!

25. Le même jour, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser le droit aux prestations, tout en admettant une perte de gain de 9 %. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'assuré pouvait exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré du travail qui ne nécessitait pas de formation professionnelle. Son degré d'invalidité étant inférieur à 40 %, il ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité. Par ailleurs, un degré d'invalidité inférieur à 20% n'ouvrait pas non plus le droit à des mesures professionnelles de reclassement.!

26. Par décision du 1^{er} septembre 2016, l'OAI a confirmé son refus de prestations.!

27. Par acte déposé le 29 septembre 2016, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, au renvoi du dossier à l'intimé

pour nouvelle décision et, subsidiairement, à l'octroi de mesures professionnelles de reclassement, sous suite de dépens. Se fondant sur le rapport du 14 décembre 2015 du Dr K_____, il a relevé qu'il n'y avait pas de solution à ses douleurs au niveau chirurgical. Le Professeur L_____ et le Dr M_____ avaient confirmé à nouveau que l'origine des douleurs n'était pas clairement déterminée, et ont conseillé de consulter le Centre de la douleur, en attendant une réponse claire à l'origine des symptômes. Le recourant a reproché à l'intimé de n'avoir pas tenu compte du développement de son état de santé entre 2013 et 2016 et a conclu ainsi préalablement à ce qu'une expertise médicale par un médecin indépendant soit ordonnée, afin de déterminer de façon objective sa capacité de travail et de définir les mesures professionnelles de reclassement nécessaires. Le recourant a aussi reproché à l'OAI d'avoir insuffisamment motivé sa décision, estimant qu'il avait omis d'indiquer pourquoi il aurait une capacité de travail entière depuis 2013 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intimé n'a pas non plus mentionné quel genre d'activité adaptée il pourrait exercer. Enfin, la décision querellée était arbitraire, en ce qu'elle ne prenait pas en considération la situation médicale effective, notamment ses douleurs chroniques.![endif]>![if> 28. Dans son avis médical du 27 octobre 2016, le docteur N_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté que, selon les médecins, le recourant était décrit en bon état général. Une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux douleurs était attestée par le Dr I_____. Le Dr D_____ a aussi confirmé la nécessité d'une reconversion professionnelle. En l'absence de nouvelles pathologies, une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux douleurs devait ainsi être retenue.![endif]>![if> 29. Dans sa réponse du 27 octobre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'avis médical précité du SMR. Pour le surplus, il a exposé que les rapports médicaux du dossier n'établissaient aucun lien objectif entre les douleurs alléguées et une affection d'origine somatique. Or, selon la jurisprudence, les douleurs sans substrat médical pertinent ne pouvaient être considérées comme une atteinte à la santé à caractère invalidant. Quant aux mesures d'ordre professionnel, elles n'avaient pas été mises en place, dès lors que le recourant était inscrit au chômage et bénéficiait déjà de telles mesures.![endif]>![if> 30. Dans sa réplique du 10 novembre 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a contesté qu'il ressortît du dossier qu'il avait une capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité adaptée. Sa situation médicale était extrêmement complexe et avait nécessité pendant plusieurs années l'avis de spécialistes dans les domaines médicaux les plus divers, notamment en chirurgie viscérale, rhumatologie, chirurgie orthopédique, pharmacologie et toxicologie. Les spécialistes consultés n'étaient pas parvenus à un accord concernant la cause de son état de santé, mais s'accordaient sur le fait qu'il souffrait de douleurs chroniques invalidantes. L'avis du Dr D_____ était insuffisant pour admettre une capacité de travail dans une activité adaptée, d'autant moins que ce médecin n'était jamais parvenu à émettre un diagnostic précis, se contentant de requérir l'avis de très nombreux experts, afin que ceux-ci l'aidassent à établir un diagnostic, sans succès. Le recourant a en outre contesté la valeur probante du Dr N_____ qui ne l'avait jamais examiné et n'intervenait pas en tant qu'expert médical indépendant. Au demeurant, ses plaintes avaient bien une origine physique, même si un diagnostic médical apparaissait difficile à établir. ![endif]>![if> 31. Selon le certificat médical du 30 novembre 2016 du Dr D_____, l'état de son patient s'était aggravé depuis 2012, date de sa première opération de la veine de la jambe droite. Depuis lors, s'était installée une triple pathologie dans la région de la hanche droite, à savoir un problème

circulatoire, une hernie inguinale et crurale, ainsi qu'une atteinte articulaire de la hanche droite. Tout effort important étant contre-indiqué, il était nécessaire de réadapter l'assuré dans une autre activité. Enfin, une indication opératoire était actuellement réfutée.!

32. Le 8 décembre 2016, le recourant a déclaré à la chambre de céans ce qui suit: « J'ai essayé de reprendre le travail en tant que peintre, sans succès. Je ne pourrais pas travailler dans une activité assise sans port de lourdes charges, car j'ai toujours mal à la hanche. Je prends des médicaments pour la circulation et contre les douleurs (Dafalgan), ainsi qu'une pommade. Le Dafalgan me soulage sur le moment, mais par la suite la douleur revient. Je n'ai pas de permis de conduire. Le chômage ne m'a pas proposé de stages pour l'instant. Je n'ai pas non plus suivi des cours jusqu'à présent. » Quant à l'intimé, il a exposé que l'assurance-chômage devrait proposer des mesures d'intégration professionnelle, selon ce qui avait été convenu avec celle-ci.

33. Le 9 janvier 2017, le conseiller en personnel de l'office régional de placement (ORP) a répondu à une demande de renseignements de la chambre de céans. Le recourant allait être pris en charge dans un programme auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) à partir du 13 février 2017 pour une évaluation métiers. Suite au refus des prestations par l'OAI, le recourant était plus motivé pour trouver une solution. Il avait aussi pris les devants en suivant un cours de français entièrement à sa charge.

34. Dans sa détermination du 13 février 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions, compte tenu notamment du fait que le recourant allait bénéficier de mesures d'ordre professionnel auprès des EPI, tout en précisant que le délai d'attente pour la mise en place de telles mesures dépendait des disponibilités des organismes.

35. Le 19 janvier 2017, le recourant a contesté l'insinuation selon laquelle il serait maintenant plus motivé à trouver une solution qu'avant la réception de la décision négative de l'intimé. Il avait au contraire toujours insisté auprès de l'ORP pour bénéficier de mesures lui permettant une éventuelle reconversion professionnelle, sans succès jusqu'à l'intervention de la chambre de céans.

36. Du 2 février au 3 mars 2017, le recourant a suivi un atelier conditionnement et publipostage aux EPI. Dans son bilan du 6 mars 2017, les EPI ont constaté qu'un changement de domaine d'activité apparaissait au recourant comme très abstrait, d'autant plus que ses aptitudes d'apprentissage étaient réduites en raison d'une maîtrise limitée du français et des lacunes scolaires en mathématique et logique. Le recourant avait pu effectuer une activité manuelle légère compatible et adaptée à son état de santé, à savoir sans port de charges lourdes et positions debout prolongée. Cependant, même dans ce cadre adapté, ses plaintes liées aux douleurs avaient été importantes, nécessitant des aménagements et une prise régulière de médication, si bien que sa productivité globale restait limitée entre 50 et 75 % au maximum. L'évolution de la situation à long terme restait inconnue. L'insertion dans le domaine de l'horlogerie pouvait être une piste intéressante. Des tests complémentaires seraient nécessaires pour valider ou écarter ce domaine, les résultats en précision du recourant ayant été inférieurs aux exigences. L'aide de l'assurance-invalidité dans le processus de réinsertion pourrait grandement l'aider à trouver une activité professionnelle adaptée à ses limitations. Il ressort par ailleurs du rapport des EPI que le recourant ne pouvait pas durablement travailler en position debout et devait souvent changer de position. La position assise n'était pas toujours bien tolérée non plus sur la durée. Les douleurs étaient vécues par le recourant comme très invalidantes, avec un impact sur sa résistance physique, son moral, sa motivation et sa capacité de concentration. Il s'était aussi plaint de douleurs à la nuque et à l'épaule lors de travaux fins. Les rendements dans une activité sérielle répétitive avaient tendance à

diminuer en raison de la fatigue et de l'inconfort physique. En raison de difficultés de concentration et une importante fatigue mentale à cause des douleurs, il lui était arrivé de faire des erreurs dans l'atelier de conditionnement et publipostage. Néanmoins, le recourant avait fait de son mieux pour s'engager dans le stage et avait fourni des efforts jusqu'au bout de la mesure, ne voulant pas diminuer l'horaire prévu et allant au bout de ses limites. A la fin du stage, il aurait souhaité qu'il soit prolongé. Au niveau personnel, il a beaucoup de mal à accepter sa situation. !

37. Par courrier du 16 mars 2017, la chambre de céans a demandé à l'intimé quelle suite il entendait donner à ce dossier, afin de favoriser la réinsertion du recourant dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations. !

38. Dans sa réponse du 13 avril 2017, l'intimé a refusé de suivre les recommandations des EPI, estimant qu'il existait un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif était adapté à ses limitations et accessible sans aucune formation particulière. Par ailleurs, au vu du taux d'invalidité retenu (9 %), le droit aux mesures d'ordre professionnel n'était pas ouvert. De telles mesures ne seraient en outre pas de nature à augmenter sa capacité de gain. !

39. Par courrier du 8 juin 2017 au Dr D_____, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique a fait état de nombreux problèmes qui traînaient depuis des années et s'est étonné qu'ils ne fussent jamais été pris en charge chirurgicalement. Il a proposé d'adresser l'assuré à la chirurgie digestive et à la consultation de la hanche des HUG, afin de procéder à un bilan échographique, radiologique et une arthro-IRM. !

40. L'échographie inguinale bilatérale réalisée le 5 juillet 2017 a mis en évidence une hernie inguinale droite avec une très vraisemblable composante crurale spontanément visible, majorée en Valsalva plus marquée que sur l'échographie précédente. Il y a aussi une petite hernie inguinale gauche visible uniquement en Valsalva. !

41. Une arthro-IRM de la hanche droite réalisée le 5 juillet 2017 également, a conclu à l'absence d'un conflit fémoro-acétabulaire, de bursite et de signe de tendinopathie. !

42. Après avoir envisagé dans un premier temps la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, la chambre de céans a demandé au Dr D_____ des renseignements complémentaires. Dans sa réponse du 21 septembre 2017, ce médecin a expliqué que l'assuré présentait une triple pathologie affectant le membre inférieur droit. Le problème était essentiellement articulaire (hanche), abdominale (hernie) et veineux (varice opérée). Actuellement, le tableau clinique n'avait pas changé, ce qui avait nécessité un reclassement professionnel en 2016. Se posait par ailleurs la question s'il fallait opérer la hanche ou la hernie. A ce jour, il n'y avait pas de réponse à ce problème au vu des complications éventuelles. Pour le surplus, les plaintes de l'assuré avaient un substrat organique et correspondaient aux constatations objectives. Par ailleurs, l'assuré devait alterner les positions assise et debout et était limité pour le port de charges. Cela correspondait à un taux d'activité de 50 %. !

43. A sa réponse, le Dr D_____ a annexé notamment le rapport relatif à l'arthro-IRM de la hanche droite réalisée le 5 juillet 2017, dont il ressort qu'il n'y a pas d'argument pour un conflit fémoro-acétabulaire et qu'il n'y avait pas de bursite ni signe de tendinopathie. !

44. Lors d'un entretien téléphonique du 26 octobre 2017 de la chambre de céans avec le Dr D_____, celui-ci l'a informée avoir envoyé le recourant aux HUG en consultation. Selon ses informations, une opération des hernies inguinales lui avait été proposée, intervention que le recourant semblait toutefois refuser. !

45. Par courrier du 20 novembre 2017, le recourant a contesté qu'il refusait de se faire opérer, tout en joignant une attestation du Dr D_____ du 7 novembre 2017 déclarant que le recourant n'avait pas dit qu'il ne voulait pas se faire opérer. Dans ses écritures, le recourant a toutefois admis

émettre des réserves au sujet d'une opération, étant donné que les médecins ne l'avaient jamais enjoint à se faire opérer au cours des dernières années, alors que les symptômes avaient été identiques à ceux d'aujourd'hui. Il ne comprenait ainsi pas très bien pourquoi il devrait se faire subitement opérer et aimerait des garanties qu'une telle opération améliorerait réellement son état. Son dossier médical ne lui semblait justement pas clair. Il avait un sentiment d'injustice et l'impression de s'être fait « balader » par les différents médecins qu'il avait consultés, aucun d'eux n'ayant en effet réussi à poser un diagnostic clair.![endif]>![if> 46. Le 21 novembre 2017, les EPI ont établi un certificat de travail pour le recourant, lequel avait travaillé en son sein du 3 juillet au 30 octobre 2017 en tant qu'ouvrier polyvalent. Selon ce certificat, il avait été affecté à l'atelier conditionnement et assemblage à un taux d'activité de 100 %. Ils lui ont certifié être une personne responsable, organisée et autonome, au bénéfice d'une efficacité opérationnelle certaine. Le recourant était capable de prendre des initiatives adéquates et de fournir un travail minutieux. Ainsi, il avait accompli les tâches qui lui avaient été confiées à entière satisfaction.![endif]>![if> 47. Entendu à nouveau le 30 novembre 2017 par la chambre de céans, le recourant a déclaré ce qui suit :![endif]>![if> « Je suis allé voir le Dr K_____ de l'unité de la chirurgie digestive et il m'a dit qu'on ne devait pas opérer, car cela risquait d'aggraver la douleur. Il m'a conseillé de voir le centre de la douleur des HUG. » 48. Selon le rapport du 7 décembre 2017 relatif à un échodoppler des membres inférieurs effectué la veille, il n'y avait pas d'épanchement articulaire des hanches ni de thrombose veineuse des membres inférieurs. Il est par ailleurs noté dans ce rapport que le recourant présente une hernie inguinale de chaque côté, mesurée à près de 4 cm de longueur à droite, 5 cm à gauche, à contenu graisseux mais non réductible.![endif]>![if> 49. Selon le rapport du 18 décembre 2017 du Dr K_____ du service de chirurgie viscérale des HUG, le recourant se plaignait toujours de douleurs chroniques, irradiant à la racine de la cuisse, aggravées par son travail et le froid. En ce qui concerne les douleurs inguinales côté droit, elles ne pouvaient pas être mises sur le compte des hernies. Toute chirurgie herniaire avait plus de chance de créer des douleurs résiduelles que de faire disparaître les douleurs chroniques.![endif]>![if> 50. Dans un avis médical du 18 décembre 2017, le Dr N_____ du SMR s'est déterminé sur les rapports relatifs à l'arthro-IRM de la hanche du 5 juillet 2017 et à l'échographie inguinale bilatérale. Il a constaté que la hernie inguinale droite s'était aggravée, mais qu'il n'y avait pas d'atteinte ostéo-articulaire importante au niveau de la hanche droite. Le début de la hernie inguinale à droite expliquait les douleurs du pli inguinal. Cela étant, les conclusions précédentes du SMR étaient confirmées dans le sens que la hernie contre-indiquait l'ancienne activité, trop physique, mais permettait toutes les activités sans contraction abdominale (activité essentiellement sédentaire à taux plein).![endif]>![if> 51. Dans son avis médical du 8 janvier 2018, le Dr N_____ s'est déterminé sur le rapport relatif à l'échodoppler et a constaté que cet examen confirmait l'absence d'image en faveur d'une atteinte ostéo-articulaire ou vasculaire et montrait la présence de hernies au niveau inguinal des deux côtés. Par conséquent, les précédentes conclusions du SMR étaient toujours valables.![endif]>![if> 52. Par écriture du 9 janvier 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se fondant sur les avis du SMR précités.![endif]>![if> 53. Dans son avis médical du 24 janvier 2018, le Dr N_____ s'est déterminé sur le rapport du 18 décembre 2017 du Dr K_____ et a constaté que celui-ci éliminait toute nécessité d'intervention, ce qui ne faisait que confirmer les conclusions précédentes du SMR. ![endif]>![if> 54. Sur la base de cet avis, l'intimé a maintenu ses conclusions, par écriture du 25 janvier 2018.![endif]>![if> 55. Par écriture du 30 janvier 2018, le recourant a contesté présenter

une capacité de travail à 100 % dans toutes les activités sans contraction abdominale. Cela contredisait également les conclusions des EPI et les nombreux rapports médicaux. Par ailleurs, le SMR avait uniquement tenu compte de la hernie mais non pas des problèmes de la hanche ou veineux.![endif]>![if> 56. Par écriture du 13 février 2018, le recourant a précisé que les EPI avaient dû établir un certificat de travail basé sur une capacité de travail à 100 %, correspondant au taux auprès de l'Office cantonal de l'emploi (OCE). Il n'en demeurait pas moins que les EPI avaient relevé de sérieux manquements dans sa capacité de travail, tel que cela ressortait du courriel que cette institution lui avait adressé le 8 février 2018. Le recourant a par ailleurs rappelé qu'il avait déjà effectué un autre stage aux EPI en 2017 dont il ressortait que les rendements maximum étaient de 74 %, sur deux heures d'activités consécutives. Au-delà, les rendements avaient tendances à diminuer en raison de la fatigue et de l'inconfort physique.![endif]>![if> 57. A l'appui de ses écritures, le recourant a joint le courriel précité des EPI, dans lequel ceux-ci ont informé son mandataire notamment que le stage avait été effectué au sein d'un atelier protégé de conditionnement et d'assemblage, durant lequel les travaux effectués avaient été sériels et relativement simples et où les encadrants pouvaient tenir compte des soucis des assurés et adapter les postes en fonction (alternance de positions, changements de postes, etc.). Le recourant n'aurait sans doute pas pu s'adapter aux exigences du marché premier de l'emploi, compte tenu des manquements mentionnés dans les bilans de mesures effectués.![endif]>![if> 58. Le recourant a également joint copie du certificat médical du 7 février 2018 du Dr D_____, selon lequel le patient était toujours dans l'attente de son jugement et que son état somatopsychique s'aggravait.![endif]>![if> 59. Le 26 février 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire et de la confier au docteur P_____, rhumatologue FMH. Elle leur a également communiqué les questions à poser à l'expert.![endif]>![if> 60. Par écriture du 27 février 2018, l'intimé a rappelé que les informations recueillies au cours d'un stage d'observation ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin. Or, en l'occurrence, il avait été constaté que le recourant avait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.![endif]>![if> 61. Dans son avis médical du 16 mars 2018, le Dr N_____, du SMR a considéré qu'il n'y avait pas de raison de s'opposer à la mise en place d'une expertise judiciaire ni au choix de l'expert, tout en faisant une proposition de complément de sa mission.![endif]>![if> 62. Par écriture du 19 mars 2018, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, estimant qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la légitimité d'un tel acte d'instruction. Pour le surplus, il a repris l'avis du SMR précité.![endif]>![if> 63. Par écriture du 12 (recte 19) mars 2018, le recourant a fait savoir qu'il ne comprenait pas l'utilité d'une expertise rhumatologique, un tel spécialiste n'étant pas en mesure de donner une réponse complète à son cas. Selon le recourant, il serait plus opportun de faire appel à un spécialiste de la hanche, d'autant plus qu'il avait déjà été soumis à une expertise par un rhumatologue précédemment. Il se trouvait par ailleurs depuis plusieurs mois dans une profonde dépression au vu de sa situation médicale, comme cela était attesté par la doctoresse Q_____, psychiatre-psychothérapeute.![endif]>![if> 64. Selon le certificat du médecin précité du 19 mars 2018, celle-ci suivait le recourant depuis le 6 mars 2018 en raison d'un état dépressif majeur avec une symptomatologie anxieuse au premier plan. La décompensation psychique était apparue dans un contexte de problèmes somatiques (douleurs chroniques invalidantes). Sa capacité de travail était actuellement nulle au niveau psychique et une prise en charge psychiatrique était nécessaire.![endif]>![if> EN DROIT 1. Selon le principe inquisitoire qui régit la

procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il 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. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié 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. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. En l'occurrence, le recourant présente indiscutablement une problématique médicale complexe. Par ailleurs, depuis août 2015, de nombreux nouveaux examens ont été effectués et les spécialistes de la hanche et en chirurgie viscérale, à savoir les Drs E_____ et K_____, se sont prononcés sur les atteintes du recourant, ainsi que les moyens de traitement. En outre, le recourant a suivi encore aux EPI un stage du 2 février au 3 mars 2017, puis du 3 juillet au 30 octobre 2017. Du rapport relatif au premier stage ressort que sa productivité globale reste limitée entre 50 et 75 % au maximum, alors même que le recourant a fait de son mieux pour s'engager dans le stage et a fourni des efforts jusqu'au bout de la mesure, allant au bord de ses limites. Certes, ces constatations à elles seules ne permettent pas de déterminer la capacité de travail. Néanmoins, elles doivent être confrontées à un avis médical, ce qui n'a pas été le cas.

Au demeurant, il est difficilement compréhensible pourquoi l'intimé s'oppose à une nouvelle expertise, alors même que le SMR semble l'approuver. Pour ces raisons, il s'avère nécessaire de soumettre le recourant à une nouvelle expertise médicale.

3. Le recourant s'oppose à ce que l'expertise judiciaire soit confiée à un rhumatologue, jugeant plus opportun de faire appel à un spécialiste de la hanche.

Toutefois, selon l'arthro-IRM de la hanche droite du 5 juillet 2017, il n'y a pas d'argument pour un conflit fémoro-acétabulaire et il n'y a ni bursite ni signe de tendinopathie. Il est également précisé dans le rapport relatif à cet examen qu'il n'y a pas de signe d'œdème au niveau de la tête fémorale, ni du cotyle ni du col fémoral. L'échographie inguinale bilatérale effectuée à la même date met en évidence une hernie inguinale droite avec une très vraisemblable composante crurale spontanément visible, ainsi qu'une petite hernie inguinale gauche. Ces examens sont confirmés par l'échodoppler des membres inférieurs du 6 décembre 2017, qui conclut à l'absence d'épanchement articulaire des hanches et de thrombose veineuse des membres inférieurs. Sur la base de ces examens, le Dr K_____ considère, dans son rapport du 18 décembre 2017, que les douleurs inguinales droites ne puissent pas être mises sur le compte des hernies. Toute chirurgie herniaire aurait plus de chance de créer des douleurs résiduelles que de faire disparaître les douleurs actuelles. Au demeurant, le Dr E_____, un des meilleurs spécialistes de la hanche dans le canton de Genève, a déjà considéré dans son rapport du 17 septembre 2015 qu'une origine coxofémorale semblait peu probable (ce qui a finalement été confirmé par les derniers examens radiologiques), si bien qu'il n'y avait pas d'indication opératoire. Enfin, le Dr K_____ recommande, dans son rapport du 14 décembre 2015, de consulter un rhumatologue, en l'absence de solution aux douleurs au niveau chirurgical. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans estime qu'un

rhumatologue serait le mieux à même d'avoir une vue d'ensemble et d'apprécier la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles du recourant. En tout état de cause, il sera précisé que l'expert pourra s'adjoindre un spécialiste à titre de consultant. Par conséquent, l'expertise sera confiée au Dr P_____. 4. Quant à la mission de l'expert, il sera tenu compte du complément du questionnaire suggéré par le SMR. !endif>![if> *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.![endif]>![if> B. La confie au Dr P_____.![endif]>![if> C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :![endif]>![if> - Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur A_____.![endif]>![if> - Examiner personnellement l'expertisé.![endif]>![if> - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.![endif]>![if> - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.![endif]>![if> - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :![endif]>![if> 1. Quels sont vos diagnostics sur le plan somatique ?![endif]>![if> 2. Comment vous déterminez-vous sur les résultats de l'arthro-IRM de la hanche droite du 5 juillet 2017 ?![endif]>![if> 3. Quelles sont les limitations fonctionnelles de M. A_____ ?![endif]>![if> 4. Y a-t-il une bonne concordance entre les plaintes et les constatations médicales ? !endif>![if> 5. Quelle est la capacité de travail de M. A_____ dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ?![endif]>![if> 6. Depuis quand sa capacité de travail est-elle diminuée et comment a-t-elle évolué à ce jour ?![endif]>![if> 7. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du 19 août 2015 du Dr I_____ ?![endif]>![if> 8. Cas échéant, pourquoi ne suivez-vous pas l'appréciation des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) selon laquelle la productivité globale est entre 50 et 75 % au maximum, en raison des douleurs engendrant des difficultés de concentration et une fatigue mentale, des aménagements et une prise régulière de médicaments (cf. rapport du 6 mars 2017 des EPI) ?![endif]>![if> 9. Le traitement médical pourrait-il être amélioré ?![endif]>![if> 10. Quel est votre pronostic ?![endif]>![if> D. Invite le Dr P_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.![endif]>![if> E. Réserve le fond.![endif]>![if> La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le