

GE_GERICHTE A/721/2015 vom 21. Mai 2015

GE Cour de justice, 2015-05-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_721_2015

FR: GE_GERICHTE A/721/2015 du 21 mai 2015

IT: GE_GERICHTE A/721/2015 del 21 maggio 2015

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Laurent 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 _____ 1952 et originaire de Pologne, est arrivé en Suisse en 1982. Depuis 2001, il a travaillé à la Coop, d'abord en tant que magasinier, puis comme collaborateur de restaurant à partir de janvier 2011. Le 17 novembre 2011, il a été licencié avec effet au 31 janvier 2012. 2. Entre 1980 et 1996, l'intéressé a été hospitalisé à quatre reprises, notamment pour des troubles dépressifs et des abus d'alcool, ainsi qu'une personnalité paranoïaque. 3. Le 30 octobre 2004, le docteur B_____, psychiatre FMH, a posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire sans symptômes psychotiques depuis l'âge de trente ans. La situation professionnelle était stable et les décompensations avaient diminué. 4. Selon le rapport relatif à l'échographie des deux épaules du 1 er février 2011, l'assuré présente une capsulite modérément rétractile et une perte de mobilité des deux épaules, des séquelles d'un conflit sous-acromial chronique des deux côtés avec atteinte dégénérative des tendons de la coiffe, mais sans rupture complète, et une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire des deux côtés. 5. Depuis le 9 mars 2011, l'intéressé était en arrêt de travail à 50 % pour des raisons somatiques, hormis de courtes reprises de travail à 100%. 6. Par demande reçue le 15 septembre 2011, l'intéressé a requis des prestations de l'assurance-invalidité. 7. Dans son rapport du 24 octobre 2011, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics de trouble bipolaire depuis 1990 et de capsulite des deux épaules en 2009. Dans les restrictions fonctionnelles, il a mentionné une fatigabilité et le port de charges supérieures à 5 kg pendant des périodes prolongées. La capacité de travail était de 50 %. 8. Dans le questionnaire pour l'employeur, la Coop a notamment indiqué, le 24 octobre 2011, que l'employé devait souvent faire la plonge au restaurant, parfois ranger la terrasse le soir (1/2 heure à 3 heures), souvent marcher, rester debout, soulever et porter des charges jusqu'à 10kg, ainsi que rarement des charges entre 10 et 25kg. L'employeur a aussi expliqué que l'assuré avait été transféré du quai au restaurant pour diminuer la pénibilité du travail, au vu de ses limitations physiques. Toutefois, le travail au restaurant s'avérait trop pénible et l'assuré montrait des signes d'épuisement, de manque de résistance au stress et d'usure face aux tâches demandées. Il avait ainsi de la difficulté à gérer le stress du "coup de feu" en restaurant et devait être secondé par ses collègues en raison de sa forme physique limitée. 9. Dans son rapport du 25 octobre 2011, la doctoresse D_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a posé les diagnostics de fasciite plantaire bilatérale chronique depuis des années et de capsulite modérément rétractée des deux épaules sur conflit sous-acromial chronique et périarthrite. Les douleurs dans les

épaules étaient fluctuantes, probablement selon le degré de son activité professionnelle. Le pronostic était réservé, vu la chronicité, la bilatéralité et l'évolution dans le temps. Dans les restrictions physiques elle a mentionné des difficultés à rester debout quasiment en permanence et à porter des charges pouvant aller jusqu'à 10 à 20 kg. L'assuré avait des difficultés à travailler après quatre heures d'activité en raison de l'aggravation des diverses douleurs. Une reconversion professionnelle paraissait cependant complexe au vu de l'âge et la conjoncture et éventuellement au psychisme de l'assuré. 10. Sur mandat de l'assureur perte de gain de l'employeur, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a procédé à une expertise de l'assuré. Dans son rapport du 3 novembre 2011, il a posé les diagnostics de capsulite rétractile des deux épaules au décours, un état maniaco-dépressif compensé par le traitement, et une obésité. L'assuré présentait depuis plus d'une année des douleurs au niveau des deux épaules et n'arrivait plus à lever les deux bras depuis janvier 2011, tous les mouvements étant très douloureux. L'évolution était lentement favorable sous traitement antalgiques et de kinésithérapie. Actuellement, il décrivait des douleurs en fin de mouvements des bras en abduction et en élévation antérieure. Cela étant, l'assuré devait être considéré comme guéri et une reprise du travail à 100 % allait être possible dès le 14 novembre 2011. L'activité actuelle était toujours exigible et il n'y avait actuellement aucune limitation physique. 11. Selon le rapport du Dr B_____, reçu le 7 novembre 2011, l'assuré présente un trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission, depuis l'âge de 32 ans. Le médecin le suit depuis janvier 1996. L'assuré travaille avec satisfaction chez Coop, sans jamais vouloir revaloriser sa fonction ni modifier son statut. Toutefois, ce travail, physiquement très exigeant, ne va pas très bien avec ses problèmes rhumatismaux. Sur le plan psychique, les décompensations ne sont pas trop violentes, grâce à la bonne collaboration et la régularité de prise de médicaments. Néanmoins, une fois par an, une symptomatologie de type hypomane ou dépressive apparaît, nécessitant une correction psychopharmacologique. Néanmoins, l'état psychologique du patient restait assez bien stabilisé globalement, quoique fragile. Les douleurs articulaires à l'épaule le handicapent pour le travail, sans que l'assuré ne désire arrêter ses activités professionnelles. En raison du problème physique et psychique, en accord avec le Dr C_____, ce médecin a préconisé la poursuite du travail à 50 % et limité la capacité de travail à ce degré. 12. Le 8 novembre 2011, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr F_____, neurologue et psychiatre FMH, sur mandat de l'assureur perte de gain. Dans son expertise du 14 novembre 2011, cet expert n'a posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Le diagnostic de trouble bipolaire affectif, actuellement en rémission et ceci depuis plus de dix ans, était sans répercussion sur celle-ci. L'assuré a indiqué à cet expert que quand il était incapable de travailler pour des raisons psychiques, son psychiatre s'était mis d'accord avec son médecin traitant, afin que celui-ci établît le certificat d'arrêt de travail, dès lors que l'assuré avait peur de faire connaître à son employeur qu'il souffrît d'une pathologie psychiatrique. Depuis 2001, son psychiatre n'avait jamais dû le mettre en arrêt de travail pendant une longue durée. Sur le plan physique, son état de santé s'était cependant aggravé, dès lors qu'il souffrait d'arthrose et surtout de douleurs dans les épaules. A cause de cela, il avait des difficultés à exercer le travail physiquement dur de magasinier. Depuis janvier 2011, il travaillait comme aide de cuisine. Cependant, également dans cette activité, il devait soulever de lourdes charges, notamment des grandes casseroles qu'il devait en outre ranger au-dessus de sa tête sur des rayons. Ainsi, après trois heures de travail, il se sentait totalement épuisé et devait travailler plus lentement, ce qui lui

provoquait un stress. Son supérieur l'avait enjoint une fois de travailler plus vite, ce qui avait augmenté son sentiment de stress. Se sentant de plus en plus fatigué, il ne se voyait plus en mesure de travailler à 100 %, raison pour laquelle il avait formé une demande de rente d'invalidité à 50 %. Sur le plan psychique, il se sentait également épuisé et stressé. Selon le Dr F_____ il semble exister une différence entre les atteintes somatiques objectivables et les plaintes de l'assuré à ce niveau. Néanmoins, un trouble somatoforme douloureux persistant ne pouvait être retenu, l'assuré continuant à travailler avec joie et ne présentant aucun retrait social. Il aidait également dans le ménage et avait de multiples intérêts. Ainsi, il ne pouvait être retenu une autolimitation exagérée ou une focalisation exagérée sur ses atteintes physiques. L'incapacité actuelle attestée était en fait due aux atteintes somatiques, dans le cadre d'une activité de travail physiquement contraignante. Sur le plan psychique, une diminution de rendement d'au maximum 10 % pouvait être reconnue. En effet, il était exigible que l'assuré surmonte ses problèmes psychiques pour mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. ![/endif]>![if> 13. Suite au licenciement de l'assuré le 17 novembre 2011, le Dr B_____ a annoncé le 18 suivant une aggravation drastique de son état de santé sur le plan psychique et une incapacité de travail totale. Dans son rapport du 25 novembre 2011, le psychiatre traitant a déclaré que l'assuré présentait actuellement un état dépressif sévère dans le cadre d'une maladie bipolaire. Son supérieur lui avait indiqué, lors de son licenciement, qu'il n'était même pas capable de travailler à 50 %. Le choc était énorme et la blessure narcissique avait provoqué une brusque décompensation de son état psychique. Malgré les douleurs physiques importantes et les fragilités sur le plan psychique avec des décompensations maniaques et dépressives fréquentes, l'assuré avait massivement investi dans son travail. Le traumatisme de ce licenciement avait décompensé sa maladie bipolaire. Toutefois, l'incapacité de travail pendant ces dernières années avait été plus justifiée par la maladie rhumatismale que par les problèmes psychiques.![endif]>![if> 14. Dans un rapport du 5 décembre 2011, le Dr C_____ a également constaté une aggravation en raison d'un état maniaco-dépressif depuis le 17 novembre 2011. En ce qui concerne l'incapacité de travail, il y avait lieu de se référer à l'appréciation du Dr B_____.![endif]>![if> 15. Dans son rapport du 2 février 2012, le Dr B_____ a annoncé à l'assureur perte de gain de l'employeur que l'état restait stationnaire par rapport à son rapport précédent de novembre 2011. Un état dépressif important persistait, mais l'assuré sortait déjà de la maison et faisait de longues promenades, mais ne pouvait passer devant la Coop où il avait travaillé. Le sommeil sous traitement était bon et l'appétit redevenu normal. Le sentiment de culpabilité et d'inutilité restait très fort, ainsi que les problèmes d'attention et de concentration. Il ne pouvait ni lire ni se concentrer, mais pouvait effectuer des travaux domestiques pendant une heure. Il avait peur d'envisager l'avenir professionnel. Le contact avec son entourage restait restreint. L'incapacité de travail était totale.![endif]>![if> 16. Le 3 février 2012, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a communiqué à l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.![endif]>![if> 17. Dans son rapport du 1 er mars 2012, le Dr F_____ s'est déterminé sur le rapport du 2 février 2012 du Dr B_____ et a conclu, sur la base de ce rapport, que la capacité de travail était au plus tard à partir du 1 er avril 2012 de 50 % et dès le 1 er juin 2012, de 100 %. Sur le plan psychiatrique, le Dr F_____ a considéré que les sentiments de culpabilité persistant et d'inutilité résultaient essentiellement de la situation sociale actuelle sans perspective pour retrouver un emploi. Il s'agissait moins de symptômes dépressifs à proprement parler. Quant au trouble de la concentration et de la mémoire, il devait être considéré comme une

pseudo-démence dans le cadre de la maladie de base. En tout état de cause, le Dr B_____ avait constaté une lente amélioration de l'état de santé et de la symptomatologie dépressive réactionnaire au licenciement. Actuellement, la symptomatologie était de plus en plus et même de façon prépondérante entretenue par des facteurs étrangers à la maladie, en particulier le chômage, le sentiment d'avoir subi une injustice et l'angoisse quant à l'avenir professionnel et financier. Si l'assuré disposait d'un emploi adapté à ses restrictions fonctionnelles physiques, à son âge et à sa formation, ses symptômes disparaîtraient rapidement, notamment le sentiment d'inutilité et de culpabilité. Ainsi, des mesures professionnelles seraient indiquées. ![/endif]>[/if> 18. Le 13 mars 2012, le Dr B_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Il présentait un épisode dépressif moyen et sa capacité de travail était toujours nulle. ![/endif]>[/if> 19. Dans son rapport médical à l'assureur perte de gain du 30 mars 2012, le Dr B_____ a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel dépressif moyen, sans symptômes psychotiques. L'état de santé ne s'était que partiellement amélioré avec une persistance du trouble de l'humeur, accompagné d'un sentiment d'inutilité et de culpabilité, difficultés de concentration et d'attention et un ralentissement psychomoteur. L'angoisse avait cependant sensiblement diminué, mais était toujours présente dans un contexte de solitude et d'éloignement. Ainsi, malgré une évolution favorable, la capacité de travail restait nulle. ![/endif]>[/if> 20. Dans son rapport du 4 avril 2012, le Dr F_____ a pris position sur le rapport du psychiatre traitant du 30 mars 2012 et a persisté dans ses conclusions précédentes. ![/endif]>[/if> 21. Le 1^{er} juin 2012, le Dr B_____ a confirmé son rapport précédent. ![/endif]>[/if> 22. Dans son rapport du 6 juin 2012, le Dr F_____ s'est déterminé sur le rapport précité du Dr B_____ et a constaté une amélioration de l'état psychique et la persistance d'une symptomatologie dépressive d'un degré moyen. Il n'était pas convainquant que la capacité de travail fût nulle, comme retenu par le Dr B_____. L'état de santé était dominé par la situation sociale difficile, soit par des facteurs étrangers à la maladie qui ne pouvaient être pris en considération dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Par l'arrêt de travail total, l'assuré réalisait un profit secondaire, dès lors que cela lui permettait de bénéficier des indemnités journalières de l'assureur perte de gain. Les indemnités de chômage auraient été nettement moindres. Cela étant, le Dr F_____ a maintenu ses conclusions antérieures. ![/endif]>[/if> 23. Le 22 octobre 2012, le Dr B_____ a toujours attesté une incapacité de travail totale, tout en indiquant que, depuis avril 2012, l'état de l'assuré était de nouveau stable. Le psychiatre traitant distinguait trois périodes différentes dans l'évolution du trouble bipolaire : au début une période de décompensation fréquente avec des hospitalisations, entre 1982 et 1996, une deuxième période de stabilité avec des décompensations de peu de gravité, se traduisant au mieux par un trouble de l'endormissement et une baisse de motivation et d'envie qui se corrigeait plus ou moins bien par la psychothérapie, et une troisième période, à partir de 2011, avec des problèmes de douleurs articulaires dans les bras et dans le dos, sans décompensation psychiatrique. Le licenciement avait provoqué une dépression très grave. Actuellement, l'assuré s'était sorti de l'état aigu, mais restait plus fragile et plus vulnérable que durant la deuxième période. La compliance était optimale. ![/endif]>[/if> 24. Dans son rapport d'expertise du 1^{er} août 2013, sur mandat de l'OAI, le docteur G_____, psychiatre FMH, a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission, et de trouble de l'adaptation avec perturbation d'autres émotions, en rémission. La capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 30 %. Cet expert ne pouvait toutefois se prononcer sur le passé, tout en considérant qu'il existait une très forte cohérence entre les

descriptions de l'expert précédent, du psychiatre traitant, les siennes et finalement celles de l'assuré. Il existait ainsi une forte probabilité que l'état psychique entre juin 2012 et juin 2013 était identique au constat actuel. Sur le plan psychique, il a signalé des limitations fonctionnelles consistant dans des fluctuations d'humeur, nervosité et irritabilité. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 1^{er} juin 2012, avec une diminution de rendement de 30 %. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées, d'autant moins que l'assuré restait très fixé sur une incapacité de travail subjective. La problématique bipolaire de l'assuré était bien compensée au moment de l'expertise mais, en tenant compte des observations de son ex-employeur, il existait certainement chez l'assuré une plus grande sensibilité au stress, notamment au stress aigu. Il était certainement aussi moins flexible que d'autres personnes ou des personnes plus jeunes, ce qui justifiait une diminution de rendement, purement psychiatrique, de 30 %. Il ressort par ailleurs de l'expertise que l'assuré se plaignait souffrir des deux épaules avec des douleurs et limitations en permanence dès qu'il se levait. Il souffrait également de la cheville droite, avait mal à la marche et suivait une physiothérapie.

25. Dans son avis médical du 8 août 2013, la doctoresse H_____ du service médical régional pour la Suisse romande (SMR) a notamment constaté que l'assuré présentait, sur le plan somatique, une capsulite rétractile des deux épaules sans incidence sur la capacité de travail selon le Dr E_____. Sur le plan psychiatrique, elle a retenu une incapacité de travail à 50 % du 9 mars au 16 novembre 2011, de 100 % du 17 novembre 2011 au 31 janvier 2012, de 50 % du 1^{er} février au 31 mai 2012 et une capacité de travail totale dès juin 2012 avec une baisse de rendement de 30 %.

26. Le 22 octobre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars au 31 août 2012.

27. Par courrier du 31 octobre 2013, le Dr B_____ s'est opposé à ce projet de décision, en répétant que la capacité de travail de l'assuré était toujours nulle, en raison du trouble bipolaire entraînant un état thymique fluctuant.

28. Par courrier du 31 octobre 2013, l'assuré s'est également opposé à ce projet de décision, en faisant valoir que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre son travail.

29. En vue de formuler des questions complémentaires au Dr G_____, le Dr B_____ a fait part le 28 mars 2014 à l'OAI notamment que les douleurs persistantes avaient augmenté l'irritabilité de l'assuré dès 2010, de sorte que les fluctuations périodiques de l'humeur devenaient handicapantes pour son travail. En collaboration avec le médecin traitant, son physiothérapeute et en accord avec le gérant à la Coop, l'assuré avait été alors mis à 50 %, afin d'éviter un arrêt complet et de lui permettre de soigner ses douleurs articulaires. Toutefois, le nouveau gérant de la Coop n'avait pas accepté la décision de son prédécesseur et l'avait licencié, en lui déclarant qu'il était incapable de travailler. Concernant l'expertise du Dr G_____, le Dr B_____ a relevé que l'état psychiatrique de l'assuré était changeant et qu'au moins deux compensations dépressives ou hypomanes se produisaient chaque année. Certes, l'état de santé de l'assuré correspondait parfaitement à la description de l'expert au moment de l'expertise. Toutefois, à la date où celui-ci avait signé son rapport, l'assuré présentait de nouveau un état hypomane nécessitant l'introduction de neuroleptiques et un arrêt de travail. Constatant que les appréciations de la capacité de travail étaient très différentes, selon l'état psychiatrique du moment, le Dr B_____ a demandé à l'expert comment il expliquait ces différences.

30. Le 12 avril 2014, le Dr G_____ a répondu, après un entretien téléphonique avec l'assuré en date du 11 avril 2014, que, selon ce dernier, son état de santé était de nouveau bien, équilibré et sans symptômes particuliers. Il avait des « phases hautes » où il cherchait davantage le contact

avec les gens, n'arrivait pas à se concentrer, constatait quelques oublis et avait de la peine à dormir. De telles phases duraient entre deux et trois semaines. La médication que son médecin lui prescrivait pendant ces phases l'aidait un peu pour les passer. Il existait aussi des « phases basses » où il avait envie de rien. Ces phases duraient également entre deux et trois semaines. L'assuré s'occupait par ailleurs à la maison et n'avait pas cherché du travail, se sentant malade et trop vieux. De surcroît, personne ne voulait l'engager. Cela étant, le Dr G_____ a expliqué avoir tenu compte des fluctuations hypomanes en retenant une baisse de rendement de 30 % en permanence, à savoir un jour et demi par semaine de moins par rapport à la norme. Les descriptions du fonctionnement dans la réalité de l'assuré étaient proches de la norme, argument qui n'était pas discuté par son médecin. Le trouble bipolaire n'était par ailleurs pas en soi une maladie invalidante. Les autres éléments ne relevaient pas du domaine médical.!

31. Dans son avis médical du 11 août 2014, la Dresse H_____ du SMR a maintenu ses conclusions précédentes tout en se demandant si on pouvait exiger de l'assuré, compte tenu de la diminution de rendement de 30 % liée à son état psychique, qu'il retrouvât une activité correspondant à ses compétences professionnelles.!

32. Par décision du 6 février 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision, en se fondant sur les expertises et les avis médicaux du SMR.!

33. Par acte du 3 mars 2015, l'assuré a recouru contre cette décision. Il était en traitement médical depuis de nombreuses années et observait les recommandations du médecin pour guérir. Malheureusement, sa maladie était très forte et revenait de manière imprévisible. Son médecin établissait régulièrement des certificats d'incapacité de travail. Il ne comprenait dès lors pas comment il pouvait être considéré capable de travailler à 100 % à partir du 31 août 2012.!

34. Dans sa réponse du 1^{er} avril 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, sur la base des expertises médicales effectuées. !

35. Le 16 avril 2015, le recourant a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, par l'intermédiaire de son conseil. Il a notamment rappelé qu'il passait par des phases dépressives durant plusieurs mois chaque année. A cela, s'ajoutaient des douleurs articulaires dans les bras et dans le dos, pour lesquelles il devait suivre un traitement médicamenteux et des séances de physiothérapie. Selon le Dr B_____ sa capacité de travail était ainsi toujours nulle.!

36. Le 21 avril 2015, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire rhumatologique et de la confier au docteur I_____, rhumatologue FMH. Elle leur a également communiqué la liste des questions à l'expert.!

37. Par écriture du 12 mai 2015, l'intimé s'est opposé à la mise en place d'une nouvelle expertise, estimant que l'instruction médicale était complète. Il ne s'opposait cependant pas au choix de l'expert et souhaitait qu'une des questions soit corrigée. !

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 a fait certes l'objet d'une expertise rhumatologique par le Dr E_____. Toutefois, d'une part, cette expertise est datée de 2011 et donc relativement ancienne. D'autre part, l'échographie des deux épaules du 1^{er} février 2011 avait mis en évidence, outre une capsulite et une perte de mobilité des deux épaules, des séquelles d'un conflit sous-acromial chronique des deux côtés avec atteinte dégénérative des tendons de la coiffe et une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire des deux côtés. La Dresse D_____ fait état, outre les pathologies aux épaules, d'une fasciite bilatérale chronique. Dans les restrictions physiques, elle mentionne des difficultés à rester debout et à porter des charges qui pouvaient aller en l'occurrence jusqu'à 10 à 20kg. Après quatre heures de travail, les douleurs du recourant s'aggravent. De l'expertise du Dr G_____ résultent également de nombreuses plaintes physiques du recourant. Au vu de ces éléments au niveau somatique, la chambre de céans n'est pas convaincue que le recourant soit toujours capable de travailler dans l'ancienne activité de collaborateur de restaurant, celle-ci impliquant souvent de faire la plonge, activité considérée généralement comme lourde, parfois de ranger la terrasse, souvent de marcher, de rester debout, de soulever et de porter des charges jusqu'à 10 kg, ainsi que, rarement, des charges entre 10 kg et 25 kg. Par ailleurs, selon le dernier employeur, le travail au restaurant était trop pénible pour le recourant, lequel montrait des signes d'épuisement et devait être secondé par des collègues en raison de sa forme physique limitée. Le recourant a en outre déclaré au Dr F_____ que le travail de magasinier était physiquement dur et que, comme aide de cuisine, il devait soulever de lourdes charges et notamment ranger de lourdes casseroles au-dessus de sa tête sur des rayons. Après trois heures de travail, il était complètement épuisé. Du reste, le Dr F_____ retient dans son expertise que l'incapacité de travail est essentiellement due aux atteintes somatiques dans le cadre d'une activité professionnelle physiquement contraignante. Cela étant, il s'avère nécessaire de soumettre le recourant à une expertise judiciaire rhumatologique. 3. Le mandat d'expertise sera confié au Dr I_____. Par ailleurs, la chambre de céans reformulera la question 3, devenue finalement 4, afin de tenir compte des remarques de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : A. Ordonne une expertise judiciaire médicale. B. La confie au docteur I_____, rhumatologue. C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : - Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur A_____. - Examiner personnellement l'expertisé. - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants. - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant. - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : 1. Quels sont vos diagnostics sur le plan somatique ? 2. Quelles sont les limitations fonctionnelles de Monsieur A_____ sur le plan somatique ? 3. Les plaintes de Monsieur A_____ sont-elles objectivables ? 4. Quelle est sa capacité de travail dans l'activité de magasinier ou d'aide de cuisine, en vous fondant sur la description de cette dernière activité par la Coop (cf document 14, p. 8, pièce intimé) et les explications de l'expertisé ? 5. Quelle est la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? 6. Depuis quand sa capacité de travail est-elle limitée sur le plan physique et comment la capacité de travail a-t-elle

évoluée depuis 2011 ?![endif]>![if> 7. Quel est votre pronostic ?![endif]>![if> D.
Invite le Dr I_____ 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 le

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