

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1461/2014

ATAS/387/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} juin 2015

9^{ème} Chambre

En la cause

GASTROSOCIAL CAISSE DE PENSION, sise Bahnhofstrasse
86, AARAU, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Jacques-André SCHNEIDER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

et

Monsieur A_____, domicilié à BERNEX, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE

appelé en
cause

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1962, de nationalité portugaise, sans formation, est arrivé en Suisse en 1988 et a travaillé notamment en tant que cuisinier et responsable de cuisine dès 1994 auprès du restaurant B_____ SA.
2. Le 21 octobre 2005, l'assuré a subi un accident entraînant la rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite et une intervention chirurgicale le 28 novembre 2006.
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, pour laquelle il a été opéré le 28 novembre 2008. La Swica organisation de santé, assureur perte de gain maladie de l'assuré (ci-après l'assureur), a pris en charge le cas.
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. L'assuré n'arrivait pas à décrire avec précision des douleurs, mais il signalait une gêne extrêmement désagréable. La symptomatologie pouvait survenir lorsqu'il regardait la télévision ou pendant sa sieste l'après-midi. Elle serait insomniente s'il ne prenait pas l'Adartrel. Lorsqu'il se levait et commençait à marcher, elle disparaissait. La symptomatologie était présente depuis plusieurs années, mais elle s'était aggravée depuis quelque temps probablement dans les suites d'une hernie cervicale. L'examen clinique neurologique était parfaitement normal, il n'y avait donc aucune polyneuropathie. Le dosage de la ferritine était effectivement excellent chez l'assuré alors que souvent elle était abaissée en dessous de cinquante. Le médecin se posait la question d'une éventuelle polysomnographie afin d'enregistrer la nuit les jambes périodiques, ce qui serait un argument pour confirmer le syndrome des jambes sans repos.
5. Selon le rapport du 30 avril 2009 du docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cervicale du 29 avril 2009 révélait une discopathie C5-C6 débutante caractérisée par un pincement, une fissuration de l'anneau fibreux à l'origine, d'une protrusion discale paramédiane gauche sous-ligamentaire sans véritable hernie, ni conflit disco-radriculaire.
6. Par rapport du 24 mai 2009, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, 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.
7. L'employeur a mis fin au contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 juin 2009.

8. Le 10 août 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).
9. Par rapport du 15 août 2009, le Dr E_____ 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, les douleurs profondes, qualifiées d'insupportables, apparaissaient après quinze-trente minutes de position assise, l'obligeant à se lever et à marcher. Dans sa profession de cuisinier, il était relativement peu handicapé car il était toujours en mouvement. Un reclassement professionnel devenait très difficile car il fallait concilier une activité sans port de charge et sans position statique.
10. Par rapport du 18 septembre 2009, le Dr E_____ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail de l'assuré, un status après traumatisme de l'épaule droite (21.10.2005) avec déchirure du tendon du sus-épineux, un status après plastie du tendon du sus-épineux (28.11.2006) un syndrome des jambes sans repos sévère, des cervico-brachialgies droites algiques et déficitaires (octobre 2007), un status après discectomie C6-C7 droite pour hernie discale (28.11.2008) et des cervicalgies chroniques post-opératoires. Il a notamment indiqué que depuis environ 2002, l'assuré souffrait d'un syndrome des jambes sans repos. Dès octobre 2005, il avait été traité par des médicaments. Depuis un mois, l'assuré ressentait des symptômes identiques au membre supérieur droit. Aucune activité statique n'était possible car les symptômes survenaient déjà après quinze-vingt minutes de repos. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges (maximum 5 kg), limitation de l'abduction du bras droit à 90-100°, pas de sollicitation de la nuque, pas d'activité statique. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis le 30 octobre 2008. Il était difficile de concilier une activité sans port de charges et une activité qui ne soit pas statique.
11. A la demande de l'assureur, le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, par rapport du 30 octobre 2009, 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 a estimé que la capacité de travail 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, activité autorisant l'alternance de la position assise et debout et autorisant une déambulation fréquente, la capacité de travail pourrait atteindre 80%.
12. Par communication du 8 mars 2010, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas actuellement indiquées.

-
13. Par rapport du 21 mars 2010 à l'OAI, le Dr E_____ a expliqué qu'un traitement par patch Neupro, proposé par le professeur G_____, spécialiste FMH en neurologie, avait provoqué une légère amélioration (amélioration du sommeil et de la capacité de rester assis pendant 30 minutes). Malgré le soulagement provoqué par la nouvelle thérapie, 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.

Le Dr E_____ a joint un rapport du 19 février 2010 établi par le Prof. G_____, qui a rappelé que l'assuré souffrait d'un syndrome des jambes sans repos tout à fait caractéristique, se manifestant au début exclusivement la nuit, par des sensations désagréables de type brûlure, intéressant les deux membres inférieurs mais de manière asymétrique, s'exacerbant assez rapidement jusqu'au point de bouger les jambes, surtout se lever et déambuler dans la pièce pour faire disparaître les symptômes temporairement. Au fil du temps, la symptomatologie s'était progressivement aggravée sous la forme de crises devenant de plus en plus rapprochées au cours de la nuit et débutant également sur la fin de la soirée, puis la journée et finalement l'ensemble de cette dernière, lorsque le patient était en situation de repos. Lorsqu'il pouvait s'endormir, il était presque toujours réveillé vers 3h00-4h00 du matin et ne pouvait généralement plus se rendormir. L'assuré avait subi en 2008 une cure de hernie discale C6-C7 droite, qui avait apparemment accentué les symptômes, ces derniers pouvant même intéresser les membres supérieurs occasionnellement. Comme investigations de son syndrome des jambes sans repos, on relevait plusieurs IRM cervicales, la dernière le 29 avril 2009, ne révélant aucun processus compressif. Le dosage de la ferritine avait toujours été normal, une électroneuromyographie, faite en 2009 à la recherche d'une polyneuropathie, s'était révélée négative. D'une façon générale, le syndrome des jambes sans repos pouvait être qualifié de sévère. Il était fortement handicapant dans la vie quotidienne puisque toute période d'immobilité entraînait une récurrence très rapide de la symptomatologie. Le patient présentait donc 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. Le médecin proposait d'essayer un autre traitement médicamenteux.

14. Par rapport du 29 mars 2010 à l'OAI, le Prof. G_____ a diagnostiqué un syndrome des jambes sans repos depuis 2000. L'assuré souffrait d'une symptomatologie à type de brûlure des membres inférieurs entraînant un besoin urgent de les bouger et de marcher, particulièrement gênant durant la nuit mais également présent la journée. Le tableau était tout à fait typique d'un syndrome des jambes sans repos. L'examen neurologique était normal. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré devenait rapidement symptomatique après une courte période de repos et la station debout prolongée était pratiquement impossible. L'exercice de l'activité

habituelle n'était pas exigible et la diminution des symptômes, par une optimisation du traitement médicamenteux, pourrait améliorer la capacité de travail.

15. Par avis du 20 avril 2010, le docteur H_____, médecin auprès du SMR, a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle et à 80% dès le 21 mars 2010 dans une activité adaptée, vu l'expertise du Dr F_____ et l'amélioration constatée dans le rapport du Dr E_____ du 21 mars 2010.
16. Par rapport du 16 juin 2010, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI que depuis son rapport du 18 septembre 2009, l'état de santé de l'assuré s'était péjoré. Il était incapable de porter des charges, d'avoir les mains au-dessus de la tête, d'avoir une position statique soit assise ou debout, de marcher sur de longues distances, de pratiquer des mouvements répétés avec les membres supérieurs, principalement à droite. Il était incapable de se concentrer en raison des effets secondaires des médicaments, il avait tendance à présenter une somnolence diurne et sa capacité à la conduite automobile de plus de 20 minutes était impossible. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité et une réadaptation professionnelle était impossible et illusoire.
17. Le 16 juin 2010, l'assuré a eu un entretien avec le service d'orientation de l'OAI. L'assuré ne comprenait pas la démarche de l'OAI, étant donné que d'après le Dr E_____, sa capacité de travail était nulle dans toute activité.
18. L'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation aux établissements publics pour l'intégration (ci-après les EPI) du 20 septembre au 19 décembre 2010.
19. Par rapport du 13 septembre 2010 au Dr E_____, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'IRM cervicale effectuée ce jour-là illustre un bloc vertébral post-chirurgical incluant les 6^{ème} et 7^{ème} vertèbres cervicales avec la présence d'une discopathie sus-jacente qui s'accompagnait d'une protrusion discale latéralisée du côté gauche.
20. Par rapport du 16 octobre 2010 à l'OAI, le Dr E_____ a expliqué que son patient avait présenté une récurrence de cervico-brachialgie gauche. Au vu de la récente IRM, il semblait que la situation s'était un peu aggravée depuis l'IRM de 2009. L'assuré faisait des efforts pour supporter les différentes contraintes imposées dans le cadre de son stage d'évaluation, en particulier le travail statique sur ordinateur. Il avait également constaté des troubles de la concentration et de la mémorisation à court terme pouvant s'expliquer par les effets secondaires des médicaments. Ce problème était handicapant lors des phases d'apprentissage.
21. Par certificat du 10 novembre 2010, le Dr E_____ a mis l'assuré en arrêt de travail total.
22. Par rapport du 1^{er} décembre 2010, le Dr E_____ 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 touchant même, mais de façon modérée, les membres supérieurs, en relation avec la cure de hernie discale cervicale. 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 vingt 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 plasticité tendineuse de l'épaule droite que de l'atteinte cervicale. Le médecin ne voyait aucune activité professionnelle qui convienne à la situation. Cela était en totale contradiction avec les conclusions du Dr F_____.

23. Par rapport du 16 décembre 2010, les EPI, 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. Suite au certificat médical attestant une incapacité de travail totale dès le 10 novembre 2010, les EPI constataient que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, ce qui rendait difficile sa réadaptation actuellement.

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 quatre semaines à 100% de présence, par un certificat à 50%. Compte tenu de ce qu'avait montré l'assuré, un emploi dans le circuit économique normal n'était pas envisageable.

L'assuré était une personne intelligente, mais avec un cursus scolaire limité qui le pénalisait en français (écrit) et pour certains calculs. Néanmoins, il avait démontré de très bonnes capacités d'apprentissage. S'agissant des capacités d'intégration sociale, l'assuré avait passé le stage à se plaindre de ses différents maux et autres limitations. Il était respectueux des règles institutionnelles. En atelier, au premier abord l'assuré ne présentait et ne montrait aucune limitation, il n'expliquait ce qu'il ressentait qu'une fois son seuil de tolérance à la douleur atteint (ce qui arrivait rapidement). S'agissant des démarches professionnelles, il avait suivi le programme d'animation avec intérêt et avec une bonne participation lors des exercices de groupe. L'assuré était autonome dans les démarches demandées, il s'était renseigné pour une activité de surveillant et un travail à la police municipale, mais une très bonne condition physique était nécessaire.

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 a toutefois proposé de 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'entrent pas en matière si l'état de santé n'est pas optimal. Au vu de sa déception, les EPI lui ont proposé un essai dans leur atelier. L'assuré a 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 E_____.

24. Par rapport du 10 avril 2011, le Dr E_____ a indiqué notamment que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis 2010 par l'aggravation progressive du syndrome des jambes sans repos qui touchait également les membres supérieurs. L'évaluation de sa capacité de travail avait déjà été faite et n'avait pas permis de trouver une quelconque activité que l'assuré pourrait entreprendre.
25. Par rapport du 17 juillet 2011, le Dr E_____ a expliqué 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.
26. Par rapport du 4 octobre 2011, la doctoresse J_____, spécialiste en neurologie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), a expliqué 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, plusieurs fois il devait 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 trois ans. L'assuré se plaignait de fatigue diurne et de troubles de la concentration qui se répercutaient sur sa vie quotidienne.
27. Par pli du 6 mars 2012, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré présentait en plus une pathologie des deux épaules de type capsulite rétractile.
28. Par rapport du 30 mai 2012, le Prof. G_____ 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'agitations 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. A cet égard, le Prof. G_____ 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. G_____ a expliqué avoir été 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. A ce stade, le Prof. G_____ se posait la question de savoir si la décision encore en attente d'une éventuelle rente AI 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 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. Il avait prévu de revoir l'assuré dans six mois.

29. A la demande de l'OAI, le docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie, a, par rapport du 5 juin 2012, 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. En raison du syndrome des jambes sans repos et des douleurs mécaniques de l'épaule droite, l'assuré présentait des limitations fonctionnelles excluant le port de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs de l'épaule principalement au-dessus de l'horizontal, permettant l'alternance de la position assise et debout et autorisant la déambulation fréquente. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle; dans une activité adaptée elle était entière 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.

L'assuré se plaignait au premier plan du syndrome des jambes sans repos. La symptomatologie intéressait les membres inférieurs et supérieurs dans leur globalité. Il devait rester toujours en mouvement, il se promenait pratiquement en permanence. Lorsqu'il s'asseyait, il devait bouger sans cesse. Le soir, il se couchait vers 23h00-23h30 et grâce au médicament il pouvait dormir jusqu'à 2h00-2h30. Au-delà, il devait se lever, déambuler et la journée il ne pouvait pas faire de sieste. Selon l'assuré, il était en mouvement pratiquement toute la journée, durant le petit-déjeuner il pouvait rester assis environ 20 minutes, pour le repas de midi et le soir environ 30 minutes. Il ne tolérait pas la position assise au-delà de 30 minutes et en raison du manque de sommeil et de la médication, il était fatigué, somnolent, avait des difficultés à se concentrer.

Au status, l'expert a indiqué notamment que pendant nonante minutes, l'assuré était resté assis sans se lever, avec une discrète agitation motrice globale. Dans le cadre de son appréciation, l'expert a indiqué que 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. Les plaintes étaient bien systématisées, le status neurologique détaillé était normal, le diagnostic ne faisait dès lors aucun doute. A l'heure actuelle, la symptomatologie était encore sévère, malgré le traitement, très certainement insuffisamment dosé. Le cas ne pouvait donc être considéré comme stabilisé et le tableau clinique était potentiellement améliorable par des médicaments. Ceux-ci présentaient des effets secondaires pouvant entraîner de la fatigue et une somnolence à prendre en compte dans les limitations fonctionnelles. Les symptômes décrits par l'assuré semblaient bien 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 qu'il se levait vers 2h00-2h30 et qu'il déambulait pratiquement toute la journée jusqu'au coucher vers 23h00-23h30. Une telle description ne semblait guère plausible, 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"*.

30. Par rapport du 3 juillet 2012 à l'OAI, le Dr E_____ a indiqué que l'examen de son patient semblait avoir été assez sommaire et il formulait des craintes quant à l'objectivité de ce médecin. La situation n'évoluait pas favorablement malgré l'augmentation des doses des médicaments. Il était vrai que dans la plupart des cas, l'affection était bénigne, occasionnant des troubles du sommeil et était généralement bien maîtrisée par un traitement simple. Dans le cas de l'assuré, il s'agissait d'un cas grave et invalidant qui évoluait malgré les traitements de façon défavorable.
31. Par avis du 17 juillet 2012, le SMR a résumé les conclusions des Drs F_____ et K_____. Celui-ci évoquait une potentielle amélioration attendue après adaptation du traitement selon le Prof. G_____. Ce dernier avait confirmé le syndrome des jambes sans repos qui s'aggravait avec atteinte des membres supérieurs. Il suggérait de faire une polysomnographie sous traitement afin d'exclure un trouble comportemental du sommeil REM. Au vu des deux expertises, il convenait de retenir les limitations décrites par le Dr K_____, identiques à celles décrites par le Dr F_____. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle ; dans une activité adaptée, elle était totale avec un rendement diminué de 30% depuis le 30 octobre 2008, à revoir dans un an.

32. Le 18 février 2013, un entretien a eu lieu entre le service de réadaptation et l'assuré. Par rapport du même jour, l'OAI a estimé que selon l'évaluation de la réadaptation professionnelle, il n'y avait pas d'exigibilité professionnelle. En effet, vu les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré, les différents domaines de travail envisagés étaient incompatibles et inadaptés. Il restait à examiner s'il y avait lieu d'instruire le dossier au niveau de l'exigibilité d'un nouveau traitement médical, au vu de la teneur du rapport du Prof. G _____ du 30 avril 2012.
33. Par rapport du 27 mai 2013, le Dr E _____ a indiqué notamment que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé avec un changement dans les diagnostics, soit un syndrome des jambes et bras sans repos. La pathologie neurologique avait évolué progressivement de manière défavorable et était déjà manifeste en 2007. Les médicaments le soulageaient partiellement mais au prix d'une somnolence invalidante. La gravité de l'atteinte neurologique était exceptionnelle selon le Prof. G _____.
34. Par rapport du 26 juin 2013 à l'OAI, le Prof. G _____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé, il 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. A la question de savoir s'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique, le médecin a répondu que le syndrome des jambes sans repos primaire se caractérisait par un examen neurologique normal. La tentative d'introduction de Rotigotine en patch avait été un échec, l'augmentation des doses de Ropinirole avait été efficace mais avec des effets secondaires majeurs. Le pronostic à long terme était fortement réservé. Il ne pensait pas qu'un examen complémentaire soit nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte de la santé sur la capacité de travail.
35. Par rapport du même jour au Dr E _____, le Prof. G _____ 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, 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. G _____ proposait de modifier le traitement et il était probable qu'une maîtrise prolongée des symptômes la nuit entraînerait une amélioration du sommeil et une réduction de la somnolence diurne. L'expertise du Dr K _____ était certes un peu restrictive, mais elle semblait avoir

été rédigée avec discernement. Le Prof. G_____ a souligné le fait que le handicap lié au syndrome des jambes sans repos était très difficile à évaluer objectivement et, 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. Dans une telle situation, le Prof. G_____ proposait à nouveau de faire réaliser une polysomnographie, après arrêt des agonistes dopaminergiques, 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 AI du cas.

36. Par rapport du 27 juillet 2013, le Dr E_____ a indiqué notamment que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire depuis le 27 mai 2013.
37. Par avis du 23 août 2014, le SMR a retenu que l'assuré présentait un syndrome des jambes sans repos et des cervicobrachialgies droites chroniques sur discopathie C5-C6, un status post-discectomie C6-C7 et une mise en place d'une cage Fidgi le 28 novembre 2008. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 30 octobre 2008 et à 50% dans une activité adaptée depuis octobre 2010 (début du stage). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: un travail léger, sédentaire, sans port de charges dans lequel l'assuré puisse changer de position à sa guise. Eviter les mouvements répétitifs de l'épaule au-delà de l'horizontale. L'assuré présentait une difficulté à rester immobile (< 20 minutes), une somnolence diurne ce qui impliquait la nécessité d'avoir des pauses et notamment de couper la journée. Au moment de l'expertise du Dr K_____, le cas ne pouvait pas être retenu comme stabilisé. Le SMR considérait, comme le Prof. G_____, 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).
38. 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. Le projet a été adressé deux fois à "GastroSocial, CP, 5001 Aarau 1 Fächer".
39. Par prononcé du même jour adressé à "GastroSocial, CP, 5001 Aarau 1 Fächer", l'OAI a requis le calcul des prestations, mais d'attendre sa motivation avant d'effectuer des éventuelles compensations et de notifier la décision. L'assuré présentait un degré d'invalidité de 100% dès le 30 octobre 2008. La demande étant tardive, le versement de la rente était reporté au 1^{er} février 2010. Enfin, il convenait de vérifier la possibilité de compenser des paiements rétroactifs de rente avec des créances en restitution de l'assureur.
40. Par pli du 24 octobre 2013 à l'OAI, GastroSocial Caisse de pension (ci-après la caisse de pension) a accusé réception du projet de décision et a requis une copie du dossier de l'assuré, en précisant son adresse: "GastroSocial Caisse de pension, Bahnhofstrasse 86, 5001 Aarau".
41. Par recommandé du 1^{er} novembre 2013 adressé à l'adresse précitée, l'OAI a transmis à la caisse de pension une copie du dossier de l'assuré.

42. Par prononcé du 18 février 2014 adressé à "GastroSocial CP 5001 Aarau 1 Fächer", annulant et remplaçant le prononcé du 16 octobre 2013, l'OAI a requis le calcul des prestations, mais d'attendre sa motivation avant d'effectuer les éventuelles compensations et de notifier la décision. L'assuré présentait un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} octobre 2009 et le versement de la rente débutait le 1^{er} février 2010. Etaient jointes des "annexes utiles au calcul de la rente".
43. Par pli du 14 mars 2014 à l'OAI, la caisse de pension, 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 K_____ et G_____.
44. Par décision du 9 avril 2014, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assuré à compter du 1^{er} février 2010. Depuis le 30 octobre 2008, sa capacité de travail était considérablement restreinte. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Depuis mars 2010, la capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée. L'assuré avait bénéficié d'une orientation professionnelle prévue du 20 septembre au 19 décembre 2010. Dès le 9 novembre, la mesure avait été suivie à mi-temps et elle avait été interrompue pour les raisons médicales dès le 10 novembre 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 d'orientation des EPI, l'OAI a estimé que les différents domaines et leurs exigences s'avéraient irréalistes et compromis car incompatibles et inadaptés aux limitations fonctionnelles. Pour ce motif, l'OAI estimait qu'il n'y avait pas d'exigibilité professionnelle concernant l'assuré. A l'échéance du délai d'attente, le 30 octobre 2009, l'assuré présentait une invalidité totale. Toutefois, le droit à la rente ne pouvant naître au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (le 10 août 2009), le droit à la rente débutait donc le 1^{er} février 2010. Une copie de la décision était adressée à GastroSocial caisse de compensation et à l'assureur.
45. Par pli recommandé du 23 avril 2014, à la suite d'un entretien téléphonique avec la caisse de pension, l'OAI lui a adressé une copie de la décision du 9 avril 2014.
46. Par pli du même jour, l'OAI a adressé au conseil de la caisse de pension, une copie de la décision, expliquant que ses observations du 14 mars 2014 étaient intervenues tardivement de sorte qu'elles n'avaient pas été prises en considération. La décision étant intervenue entre-temps, la caisse de pension avait la possibilité de faire valoir ses objections par la voie du recours. Il était précisé 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. Il n'y avait dès lors pas de divergences entre les observations professionnelles et les constatations médicales et partant, aucun motif de soumettre à nouveau le rapport final aux médecins pour nouvelle appréciation.

47. Par acte du 22 mai 2014, la caisse de pension, 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. Compte tenu des fêtes judiciaires, le recours contre la décision du 9 avril 2014 était déposé dans les délais. La décision ne lui avait pas été notifiée, mais transmise pour information à son conseil le 23 avril 2014. La recourante a fait valoir que l'octroi d'une rente était contestable. Les limitations fonctionnelles liées au syndrome des jambes sans repos devaient être écartées. L'expert K_____ 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. En l'occurrence, l'intimé aurait dû soumettre l'avis du service de réadaptation aux experts F_____ et K_____.
48. Par réponse du 17 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Par ailleurs, par avis du 23 août 2013, le SMR avait estimé que si un poste strictement adapté aux limitations fonctionnelles existait, la capacité de travail de l'assuré ne dépasserait pas 50%. Or, pour les raisons décrites par le service de réadaptation le 12 mars 2013, il n'avait pas été possible de désigner un type d'activité en économie normale qui respecte les limitations fonctionnelles de l'assuré (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 de plus de trente minutes, ni de travail qui nécessite beaucoup de précision et de concentration, car l'assuré présente une fatigue diurne avec somnolence). Le service de réadaptation n'avait pas remis en question la capacité de travail résiduelle de l'assuré, mais uniquement la possibilité de l'exploiter sur le plan économique, de sorte qu'il n'était pas nécessaire de soumettre leur avis aux Drs F_____ et K_____.
49. Par pli du 25 juin 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions.
50. 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.
51. 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, subsidiairement à l'audition du Dr E_____ et de Madame L_____, et au rejet du recours. L'appelé en cause a fait valoir que la recourante ne s'était pas manifestée suite au projet de décision du 16 octobre 2013 et à la réception du dossier transmis par l'intimé le 1^{er} novembre 2013. Le 18 février 2014, l'intimé lui avait adressé un nouveau prononcé, annulant et remplaçant celui du 16 octobre 2013. La recourante était alors priée de calculer le droit aux prestations mais d'attendre la motivation de l'intimé avant de notifier une décision. La motivation

figurait toutefois déjà en annexe du prononcé, avec l'indication de voies de recours. Le 14 mars 2014, le conseil de la recourante avait sollicité un complément d'instruction et la décision du 9 avril 2014 avait été adressée à la caisse de compensation. Selon l'appelé en cause, la recourante disposait de tous les éléments utiles pour se déterminer à réception du courrier de l'intimé du 1^{er} novembre 2013 par lequel ce dernier lui transmettait le dossier de l'assuré. Selon le principe de la bonne foi, la recourante devait se manifester dans un délai raisonnable. Lorsque le prononcé du 18 février 2014 lui avait été notifié, avec la motivation et les voies de recours, il lui appartenait d'agir dans le délai imparti si elle entendait contester son contenu, puisqu'il comportait toutes les caractéristiques d'une décision. Le procédé consistant à provoquer la notification d'une nouvelle décision, soit la décision d'exécution fixant le montant des prestations, était abusif. Pour ce motif, le recours était tardif. Par ailleurs, le dossier de l'appelé en cause 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. Selon le Dr K_____, le diagnostic ne faisait aucun doute et il ne contestait pas que la médication ait pour conséquence des problèmes de somnolence et de concentration la journée. Le Prof. G_____ avait d'ailleurs considéré que le syndrome des jambes sans repos limitait la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%. C'est 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 K_____ avait repris les limitations fonctionnelles citées par le Dr F_____, auxquelles s'ajoutaient les effets secondaires des médicaments. Ces limitations fonctionnelles avaient été reprises par le service de réadaptation, de sorte qu'il n'y avait aucune divergence entre ce dernier et les médecins. Le service de réadaptation 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, selon l'appelé en cause, l'expertise du Dr K_____ 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.

52. Par pli du 26 novembre 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
53. Par écriture du 8 décembre 2014, la recourante a relevé que l'appelé en cause la confondait manifestement avec la caisse de compensation, alors qu'elles étaient deux entités différentes avec un siège sis à deux adresses différentes. Vu le contenu du prononcé du 18 février 2014, celui-ci était destiné exclusivement à la caisse de compensation. La recourante ne l'avait pas reçu, et quand bien même elle l'aurait reçu, elle n'aurait eu aucun moyen de droit pour s'y opposer puisqu'il ne s'agissait

pas d'une décision et la motivation n'était pas annexée. Seul le document du 9 avril 2014 constituait une décision, qui ne lui avait pas été notifiée. Le fait qu'elle ne se soit pas opposée au projet de décision était sans pertinence. Par ailleurs, la recourante s'étonnait que l'intimé ait octroyé une rente entière 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%.

54. Après avoir adressé une copie de cette écriture à l'intimé et à l'appelé en cause, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. a. L'art. 49 al. 4 LPGA dispose que 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.
- b. L'institution de prévoyance dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (ATF 129 V 73).
- c. Par conséquent, la qualité pour recourir de la recourante n'est en l'occurrence pas contestable.
4. a. Il convient encore d'examiner la recevabilité du recours.
- b. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 56 et 60 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques

au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 1^{ère} phrase LPGA).

c. En l'occurrence, le recours est dirigé contre la décision notifiée par l'intimé à l'appelé en cause le 9 avril 2014. Compte tenu de la suspension des délais de recours en raison des fêtes de Pâques qui, en 2014, est tombé le dimanche 20 avril, le délai de recours, qui a commencé à courir le 10 avril 2014, a été suspendu du dimanche 13 avril jusqu'au dimanche 27 avril, et a repris à courir dès le lundi 28 avril, pour arriver à échéance le samedi 24 mai et son terme reporté au lundi 26 mai 2014.

d. Le recours, interjeté le 22 mai 2014 par la recourante, a été dès lors interjeté en temps utile.

e. L'appelé en cause objecte toutefois que le recours serait tardif, la recourante n'ayant pas recouru contre le prononcé du 18 février 2014.

La chambre de céans relèvera que le grief de l'appelé en cause tombe à faux, ce pour plusieurs motifs. Il ne fait pas de doute que le prononcé du 18 février 2014 était uniquement destiné à la caisse de compensation, dès lors qu'il requerrait de "GastroSocial" qu'il calcule les prestations en espèces et qu'il attende avant de notifier une décision. Or, dans la mesure où les institutions de prévoyance n'ont pas le pouvoir de rendre une décision proprement dite (ATF 115 V 224 consid. 2), ce prononcé ne pouvait être destiné à la recourante. Par ailleurs, le prononcé du 18 février 2014 n'a pas été notifié à l'adresse de la recourante, soit "GastroSocial Caisse de pension, Bahnhofstrasse 86, 5001 Aarau", adresse au demeurant utilisée par l'intimé à compter du 1^{er} novembre 2013 dans sa correspondance avec la recourante. Enfin, et surtout, en l'absence de motivation et de la mention des voies de recours, ce prononcé ne saurait être considéré comme étant une décision sujette à recours.

5. Par conséquent, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
6. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a octroyé au recourant le droit à une rente entière d'invalidité.
7. Selon les art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, précise que 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.

8. 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.

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).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents 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).

b. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux

prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_271/2011 du 26 octobre 2011 consid. 4.2).

10. 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).
11. 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 lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
12. a. En l'occurrence, l'intimé a retenu qu'en raison d'un syndrome des jambes sans repos et de cervico-brachialgies droites chroniques sur discopathie C5-C6, un status post-discectomie C6-C7 et une mise en place d'une cage Fidgi, le recourant présente une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 30 octobre 2008 et à 50% dans une activité adaptée depuis octobre 2010. Ses limitations fonctionnelles sont les suivantes: un travail léger, sédentaire, sans port de charges dans lequel le recourant puisse changer de position à sa guise, éviter les mouvements répétitifs de l'épaule au-delà de l'horizontal; le recourant présente une difficulté à rester immobile (< 20 minutes) et une somnolence diurne ce qui

implique la nécessité d'avoir des pauses et notamment de couper la journée (avis du SMR du 23 août 2014). Suite au rapport des EPI, l'intimé a estimé que les différents domaines de travail sont irréalistes, incompatibles et inadaptés aux limitations fonctionnelles de l'appelé en cause (rapport de l'intimé du 18 février 2013), de sorte qu'il présente une invalidité totale, ce que conteste la recourante.

b. Au vu des pièces versées à la procédure, la chambre de céans constate que l'ensemble des médecins ayant examiné l'appelé en cause a effectivement retenu un syndrome des jambes sans repos (Dr C_____, Dr E_____, Dr F_____, Prof. G_____ et Dr K_____), syndrome qualifié par certains médecins comme étant sévère.

On perçoit, à la lecture de leurs explications que ce diagnostic se fonde uniquement sur les symptômes décrits par l'appelé en cause, dès lors que ce syndrome se caractérise par un examen neurologique normal (rapport du Dr C_____ du 3 février 2009 et rapport du Prof. G_____ du 26 juin 2013). A cet égard, plusieurs médecins ont évoqué la possibilité d'effectuer une polysomnographie afin de confirmer le syndrome des jambes sans repos dont souffre l'appelé en cause. Ainsi, le Dr C_____ l'a mentionné dans son rapport du 3 février 2009, puis le Prof. G_____ l'a conseillé dans son rapport 30 mai 2012 et il l'a proposé à nouveau au médecin traitant par rapport du 19 juin 2013.

On comprend par ailleurs à la lecture des rapports du Prof. G_____ que sa proposition d'effectuer une polysomnographie afin d'obtenir des données objectives relatives à la sévérité du syndrome, s'explique par le fait que le handicap lié au syndrome des jambes sans repos est très difficile à évaluer objectivement et que de ce point du vue, l'appelé en cause ne projette pas une impression de grand handicap, comme cela a frappé le Prof. G_____ à plusieurs reprises (rapport du 19 juin 2013). Dans ce rapport, le Prof. G_____ indique d'ailleurs, que lors de cette consultation, comme précédemment, le patient semblait en bonne forme, qu'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. Le médecin a ajouté que l'appelé en cause avait toutefois pris un comprimé une heure avant la consultation, ce qui pouvait expliquer ces constats. La chambre de céans relèvera par ailleurs que dans son rapport du 30 mai 2012, le Prof. G_____ disait déjà être frappé par le fait que l'appelé en cause ne présentait pas de symptômes d'impatience, ni aux membres inférieurs, ni aux membres supérieurs durant tout l'entretien d'une heure. L'anamnèse suggérait une aggravation de la sévérité du syndrome, mais les doses des médicaments restaient faibles. Pour ce motif, le Prof. G_____ estimait intéressant d'avoir des mesures objectives des troubles par le biais d'une polysomnographie. Qui plus est, le Dr K_____, expert mandaté par l'intimé, a également constaté que pendant nonante minutes, l'appelé en cause était resté assis sans se lever, avec une discrète agitation motrice globale. Ce médecin a précisé que si les symptômes décrits par l'appelé en cause semblaient compatibles

avec un syndrome de jambes sans repos, par contre leurs répercussions sur la vie quotidienne et professionnelle semblaient discutables. Le Dr K_____ a ainsi relevé que l'appelé en cause indiquait se lever vers 2h00-2h30 et déambuler toute la journée jusqu'à 23h00-23h30, alors que pour l'expert cela ne semblait guère plausible, car humainement à la limite du tolérable, ce d'autant plus que l'appelé en cause semblait objectivement en bon état général et aucun signe d'épuisement n'avait été observé.

Force est donc de constater que les difficultés à rester immobile plus de vingt minutes, la fatigue et la somnolence diurne importante dont se plaint l'appelé en cause n'ont été constatées ni par le Dr C_____, ni par le Prof. G_____, ni par le Dr K_____, soit l'ensemble des spécialistes en neurologie ayant examiné l'appelé en cause.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans est d'avis, que dans la mesure où non seulement les médecins ont fait état de la nécessité de faire réaliser une polysomnographie pour objectiver la sévérité du syndrome et que de surcroît, ils n'ont pas constaté chez l'appelé en cause de difficultés à rester immobile plus de vingt minutes, ni de fatigue, ni de somnolence diurne, mais bien plutôt qu'il était en bonne forme, 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 présente une invalidité totale. On rappellera en effet que les plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. L'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_271/2011 du 26 octobre 2011 consid. 4.2). En l'occurrence, en l'absence d'observations médicales concluantes quant aux plaintes et aux limitations fonctionnelles alléguées par l'appelé en cause, force est d'admettre que l'intimé a, à tort, mis l'appelé en cause au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.

c. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède à une instruction médicale complémentaire, par le biais notamment d'une polysomnographie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies que l'intimé n'a pas jugé utile de faire effectuer cet examen, alors que trois rapports au dossier le mentionnent et que même le SMR, par avis du 17 juillet 2012, relevait que selon le Prof. G_____, la polysomnographie sous traitement permettrait d'exclure un trouble comportemental du sommeil REM. Une fois l'instruction médicale terminée, il appartiendra ensuite à l'intimé d'évaluer le degré d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

13. Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants.

14. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'intimé du 9 avril 2014.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le