



POUVOIR JUDICIAIRE

A/16/2019

ATAS/310/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 avril 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, représenté par l'APAS-
Assoc. permanence de défense des patients et assurés

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____1963, originaire du Portugal, est titulaire d'une autorisation d'établissement C. Il a exercé comme plongeur, serveur, barman et réceptionniste.
2. L'assuré a été en incapacité de travail du 15 juillet 2008 au 31 mars 2009, d'abord certifiée par le département de psychiatrie des HUG, puis du 12 décembre 2008 au 31 mars 2009, certifiée par l'unité de chirurgie de la main des HUG, puis du 13 juillet au 31 juillet 2009, certifiée par le département de psychiatrie des HUG, puis du 3 au 13 septembre 2009 et du 29 mars au 17 mai 2010, certifiée par l'unité de chirurgie de la main des HUG.
3. Le 22 juin 2011, l'assuré a subi une intervention (drainage d'un abcès para-anal).
4. L'assuré a été en incapacité de travail de 70 % du 1^{er} janvier au 30 mars 2013 et du 1^{er} au 31 mai 2013, puis de 100 % du 1^{er} au 29 juin 2013, certifiée par le département de médecine interne des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).
5. Le 3 mai 2013, le service de radio-oncologie des HUG a écrit au docteur B_____, FMH chirurgie, suite à un contrôle de l'assuré du 2 mai 2013 ; un diagnostic de carcinome épidermoïde invasif de la marge et du canal anal avait été posé en avril 2011 ; la radio-chimiothérapie s'était terminée un an et demi auparavant ; il n'y avait pas d'argument clinique radiologique ou cytologique en faveur d'une récurrence de la maladie ; l'assuré présentait une toxicité radio-induite sous forme d'une fibrose de la région péri-anale avec persistance d'une fissure anale ; un contrôle était souhaité en décembre 2013.
6. Le 5 juillet 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
7. Le 23 juillet 2013, le docteur C_____, chef de clinique au service de radio-oncologie des HUG, a rempli un rapport médical AI attestant d'un diagnostic de CA épidermoïde du canal anal chez un patient HIV, depuis le 20 avril 2011, d'un suivi du 11 juillet au 2 septembre 2011 pour radio chimiothérapie et de douleurs péri-anales et périnéales séquellaires au traitement.
8. Le 2 octobre 2013, le Dr B_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un carcinome épidermoïde anal depuis 2011 et d'un risque de récurrence faible à modéré ; la demande AI ne concernait pas l'affection pour laquelle il suivait le patient.
9. Le 11 octobre 2013, le docteur D_____, du service des maladies infectieuses des HUG, a rempli un rapport médical AI attestant d'un diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'une « personnalité émotionnellement labile, type impulsif F60.30, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique F33.10, Tr. ment/comport. liés à util. alcool, syndrome de dépendance, utilisat. continue F10.25, infection HIV » et sans effet sur la capacité de travail de carcinome épidermoïde invasif du canal anal classé cT3 NO MO découvert en avril 2011, traité par radio-chimiothérapie. Il suivait l'assuré depuis le 1^{er} décembre 2012

essentiellement en ce qui concernait l'infection VIH ; l'assuré avait séjourné à l'Hôpital Beau-Séjour du 5 au 13 août 2013. L'incapacité de travail était de 70 % du 1^{er} décembre 2012 au 31 octobre 2013 ; les restrictions étaient plus mentales et psychiques chez ce patient. Une activité de 30 % comme réceptionniste semblait lui convenir et la poursuite de cette dernière paraissait souhaitable.

10. Par communication du 6 mars 2014, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a estimé qu'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était pas indiquée.
11. Le 22 mai 2014, le docteur E_____, médecin interne, département des spécialités de médecine des HUG, a rempli un rapport médical intermédiaire AI en attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis fin 2012 par l'aggravation des troubles mnésiques ; l'assuré ne s'était pas présenté aux derniers rendez-vous depuis cinq mois ; les troubles mnésiques semblaient relativement sévères et pouvaient interférer avec la bonne réalisation de nombreuses activités professionnelles ; un examen neurologique et neuropsychologique était nécessaire ; une augmentation de la capacité de travail (de 30 % actuellement) était envisageable si les troubles cognitifs n'évoluaient pas et si l'assuré pouvait avoir accès à une douche (nécessaire à l'hygiène de son dispositif sphinctérien anal).
12. En septembre 2014, l'assuré a présenté une récurrence de cancer et le 14 octobre 2014 il a subi une résection abdomino-périnéale, avec stomie de décharge.
13. Le 22 février 2015, le docteur F_____, du service médical régional AI (ci-après : SMR), a estimé qu'une expertise psychiatrique, avec bilan neuropsychologique, était nécessaire.
14. Le 29 juillet 2015, le Dr E_____ a attesté d'un état stationnaire mais d'une récurrence tumorale non exclue, en cours d'investigation. Une reprise du travail à 50 % était concevable si le travail était adapté (sédentaire avec possibilité de réaliser les soins de stomie).
15. A la demande de l'OAI, les Drs G_____, cheffe de clinique au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, et H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint au département de santé mentale et psychiatrie des HUG, ont rendu une expertise le 29 février 2016.

Du point de vue somatique, en septembre 2014, l'assuré avait présenté une récurrence de son cancer en septembre 2014, traitée par une résection abdomino-périnéale le 14 octobre 2014 et portait depuis lors une stomie de décharge.

Du point de vue psychiatrique, l'assuré avait été hospitalisé en psychiatrie du 5 au 7 août 2008 aux HUG suite à un abus médicamenteux, puis à Belle-Idée du 14 au 25 mai 2009, puis le 16 mars 2011, puis du 3 au 26 octobre 2015.

L'assuré se plaignait d'une tristesse permanente, d'embarras dus à la poche suite à la colostomie, d'une souffrance psychique due à l'impossibilité d'avoir des rapports sexuels, de fatigue physique et morale.

Les experts ont posé les diagnostics suivants :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen F32.1,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : Syndrome de dépendance, utilisation continue F10.2,
- Traits de personnalité émotionnellement labile : type impulsif F60.3, Présents depuis le début de l'âge adulte,
- Troubles cognitifs discrets à modérés d'étiologie probablement mixte. Documentés en avril 2015.

Il existait des limitations physiques et mentales, estimées à 50 % sur la capacité de travail habituelle de l'assuré. Celui-ci présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, une dépendance à l'alcool et des traits de personnalité émotionnellement labile type impulsif, qui se manifestaient par une labilité émotionnelle avec irritabilité, un seuil bas à la frustration, des difficultés sur le plan relationnel et sur la perception de soi, par une recrudescence de la symptomatologie anxio-dépressive et de la consommation d'alcool pendant les périodes de stress.

Les limitations psychiques et mentales empêchaient l'assuré de réaliser l'activité exercée jusqu'ici en raison d'une asthénie importante, de difficultés de concentration, d'attention et de mémoire, d'une vulnérabilité au stress et à la frustration.

La capacité résiduelle de travail était de 50 % depuis 2014 d'un point de vue psychiatrique, sans prendre en considération les limitations liées aux problèmes physiques.

Une autre activité ne devrait pas être plus exigeante en termes de capacité de concentration, d'attention et de mémorisation que l'activité précédemment réalisée par l'assuré. Par ailleurs, elle ne devrait d'aucune façon aggraver les problématiques physiques présentées par l'assuré. Au contraire elle devrait respecter le besoin de ce dernier de se retirer pour changer sa poche quand il le juge nécessaire, sans que cette initiative devienne source de frustration et de conflit au lieu de travail ce qui pourrait avoir des conséquences néfastes d'un point de vue psychique. En plus, le choix d'une autre activité devrait prendre sous considération le sentiment d'embarras de l'assuré lié aux bruits intestinaux dégagés et l'inconfort que ceci pourrait susciter à lui-même et son entourage.

16. Le 11 mars 2016, la doctoresse I_____, du service des maladies infectieuses des HUG, a certifié un début de traitement le 16 février 2016 et un arrêt de travail total du 16 février au 31 mars 2016 et à 50 % dès le 1^{er} avril 2016.
17. Le 22 mars 2016, le docteur J_____ du SMR a estimé l'expertise psychiatrique convaincante ; la capacité de travail était de 50 % dans toute activité dès 2014. Les limitations fonctionnelles étaient : labilité émotionnelle ,difficultés sur le plan relationnel, difficultés de concentration et d'attention. Il fallait comprendre que

l'incapacité de travail de 50 % était la conséquence de l'ensemble des diagnostics retenus. Il convenait encore d'interroger le Dr E_____ concernant une éventuelle récurrence tumorale ; sur le plan somatique, le Dr B_____ avait estimé le 27 septembre 2013 que le cancer ne concernait pas l'incapacité de travail.

18. Le 8 avril 2016, la Dresse I_____, a attesté qu'il n'y avait pas d'argument pour une récurrence tumorale.
19. Le 24 mai 2016, le Dr F_____ a confirmé les conclusions du SMR du 22 mars 2016.
20. Le 26 mai 2016, l'OAI a considéré que l'assuré avait un statut d'actif.
21. Par projet d'acceptation de rente du 1^{er} juillet 2016, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2015. L'atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail de 50 % dès septembre 2014. Les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur la même table statistique, de sorte qu'il était inutile de les chiffrer avec exactitude.
22. Le 4 août 2016, la Dresse I_____ a certifié un début de traitement au 4 août 2016 et un arrêt de travail à 50 % du 9 août au 7 novembre 2016.
23. Le 30 août 2016, l'assuré a écrit à l'OAI que son état de santé ne lui permettait plus de travailler.
24. Par décision du 12 janvier 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2015, au montant mensuel de CHF 709.-.
25. Le 23 janvier 2017, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 12 janvier 2017 en indiquant que son état de santé s'était détérioré depuis le rapport médical de septembre 2014 sur lequel l'OAI s'était fondé.
26. Le 23 janvier 2017, l'assuré a requis des Drs I_____ et L_____, médecin adjoint agrégé au service de chirurgie viscérale des HUG, qu'ils transmettent à l'OAI un nouveau rapport médical, avec copie à la chambre de céans.
27. Le 28 février 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'expertise du 29 février 2016 était probante.
28. Le 3 mai 2017, le recourant a répliqué en sollicitant une expertise ; il était suivi par Madame K_____ de la ligue contre le cancer qui avait tenté en vain de contacter le Dr L_____.
29. Le 22 mai 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Depuis 2014 je ne travaille plus du tout. Je vais être opéré le 2 juin 2017 car les médecins m'ont découvert un nouveau problème suite à mes plaintes ; j'avais en effet de la peine à uriner. Après l'opération les médecins vont

faire des analyses pour voir si c'est cancéreux, si c'est le cas je risque de devoir porter une sonde en permanence.

En octobre 2014 les médecins ont posé une poche qui est maintenant définitive.

J'aimerais bien travailler à 50 % mais j'ai toujours quelque chose. J'ai par exemple eu une grosse pneumonie. La première année suite à l'opération j'ai assez bien supporté la poche mais ensuite j'ai eu une sensation de boule au niveau de la poche et les médecins suspectent une tumeur. Je suis suivi par les médecins des HUG et par le médecin qui m'a opéré, le Dr L_____. J'ai vu celui-ci pour la dernière fois en décembre 2016, il a pratiqué un contrôle par échographie car j'avais des plaintes au niveau de la poche. Il a suspecté une hernie. J'ai ensuite fait des contrôles en urologie aux HUG. Les médecins m'ont dit qu'on en saurait plus après l'opération.

J'ai été licencié après mon intervention. Mes médecins, les Dr L_____ et M_____, m'ont mis à l'arrêt de travail. Depuis l'intervention mon état de santé s'est dégradé, j'ai tout le temps des examens à l'hôpital et je suis fatigué. Malgré mon arrêt de travail j'ai cherché une activité comme serveur, qui est mon activité habituelle, mais il est difficile d'être engagé compte tenu de mon état de santé et en particulier de la poche qui fait du bruit et qui m'empêche de porter des chemises prêt du corps. J'ai demandé deux fois de l'aide à l'infirmière de la ligue contre le cancer, laquelle a interpellé le Dr L_____ par mail, lequel n'a pas répondu. J'ai été opéré de multiples fois avant que les médecins finissent par faire des examens en 2011 et découvrent une tumeur. Depuis la récurrence et l'opération de 2014 toute ma vie a basculé, je me sens très handicapé. Je n'ai plus de vie sexuelle, je ne peux plus m'habiller comme j'aimais le faire auparavant. L'été je ne peux aller ni à la plage, ni à la piscine. Je suis actuellement suivi par le service d'urologie des HUG. »

La représentante de l'OAI a déclaré : « J'ai interpellé le SMR sur l'intervention d'octobre 2014 avec pose d'une poche et le SMR a estimé que les conséquences de cette intervention n'empêchaient pas une activité à 50 %. Une activité telle que l'activité habituelle de réceptionniste est adaptée. »

30. Par arrêt du 6 juin 2017 (ATAS/457/2017), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision de l'OAI du 12 janvier 2017 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a considéré ce qui suit :

Du point de vue psychiatrique, l'expertise du 29 février 2016 et la constatation d'une capacité de travail du recourant restreinte de 50 % pour des motifs psychiques est admise par les parties. Du point de vue somatique, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR du 22 mars 2017 mentionnant un avis du Dr B_____ du 27 septembre 2013 selon lequel le cancer du recourant ne concernait pas l'incapacité de travail. Or, l'avis du Dr B_____ a été rendu plus d'une année avant l'intervention subie par le recourant de résection abdomino-périnéale du 14 octobre 2014, ayant entraîné la pose d'une poche. L'intimé a ensuite, dans le cadre de la présente procédure, exposé qu'il avait interpellé récemment le SMR lequel avait considéré que les conséquences de l'intervention d'octobre 2014 n'empêchaient pas

le recourant de travailler dans l'activité habituelle de réceptionniste (procès-verbal d'audience du 22 mai 2017). Le recourant conteste la capacité de travail retenue par l'intimé. A cet égard, le Dr E_____ a relevé qu'une reprise d'une activité à 50 % était concevable si le travail était adapté, soit sédentaire avec possibilité de réaliser les soins de stomie (avis du 29 juillet 2015). Les experts G_____ et H_____ ont également souligné que la capacité de travail de 50 % ne prenait pas en considération les limitations liées aux problèmes physiques du recourant et qu'une activité exigible devait respecter le besoin du recourant de se retirer pour changer sa poche quand il le jugeait nécessaire et prendre en compte le sentiment d'embarras et d'inconfort lié aux bruits intestinaux (expertise du 29 février 2016). Le recourant a lui-même expliqué lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 22 mai 2017 qu'il était toujours en examens aux HUG et que son état de santé s'était dégradé suite à la pose de la poche en octobre 2014, avec l'apparition de fatigue et d'inconfort dû au port permanent de la poche (procès-verbal d'audience du 22 mai 2017).

La chambre de céans constate ainsi que l'instruction du dossier est lacunaire du point de vue somatique, les conséquences de l'intervention d'octobre 2014 sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail n'ayant pas été investiguées du tout. Par ailleurs, le recourant a fait état, lors de l'audience du 22 mai 2017, de complications au niveau urinaire et a fourni une convocation du service de chirurgie urologique des HUG pour une intervention programmée le 2 juin 2017, en expliquant qu'une récurrence tumorale était suspectée. Il se pourrait, dans ces conditions, qu'une aggravation de l'état de santé du recourant soit survenue avant la décision litigieuse du 12 janvier 2017. Pour cette raison également, une instruction médicale somatique se justifie. En conséquence, il incombera à l'intimé de procéder à une instruction médicale, en questionnant notamment les médecins du recourant, pour évaluer précisément les limitations fonctionnelles somatique de celui-ci et fixer sa capacité de travail.

31. Le 1^{er} septembre 2017, la Doctoresse M_____, FMH médecine interne générale, a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis le 23 août 2017, de diagnostic d'asthénie chronique depuis 2014, de myalgies aux membres inférieurs, en amélioration et en cours d'investigation, de voussure de la stomie en cours d'investigation, de trouble de la vidange urinaire depuis 2015 avec résection endoscopique de la prostate en juin 2017 sans amélioration, d'hernie abdominale droite depuis décembre 2016, de suspicion d'état dépressif sous-jacent non compensé et de HIV depuis 1991 traité indétectable, avec troubles cognitifs.

L'assuré ne pouvait porter des charges, avec de la difficulté à changer de position, de l'essoufflement, des troubles de la mémoire, de l'humeur, des problèmes abdomino-urinaire et de l'asthénie. Son rendement était réduit à 20 %.

La Dresse M_____ a joint :

- Un rapport d'examen neuropsychologique de l'assuré du 27 avril 2017, suite à un examen du 13 avril 2017. L'assuré se plaignait de troubles mnésiques, et d'un moral fluctuant. L'examen mettait en évidence une nette péjoration des scores en mémoire à court terme verbale mais une normalisation des performances en mémoire de travail verbale témoignant d'une probable contribution de composantes attentionnelle et thymique aux résultats (anticipation de l'échec) ; la stabilité des rendements insuffisants au niveau de la vitesse de traitement de l'information et sur le plan exécutif (défaut d'inhibition et manques d'autoactivation [taux de répétitions] et de flexibilité mentale [indice d'interférence]) ; Le reste des fonctions cognitives (langage et mémoire épisodique verbale) et motrices (coordination visuo-perceptive et vitesse d'exécution) était en revanche préservé compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif de l'assuré. Finalement, sur le plan thymique, une échelle d'auto-évaluation (CES-D) indiquait un score significatif pour le facteur dépression, l'intensité de cette dernière s'étant aggravée par rapport au bilan précédent et pouvant actuellement être qualifiée de sévère. Le tableau neuropsychologique était globalement stable malgré une amplification des troubles de l'humeur ; cette symptomatologie clinique s'inscrivait probablement de manière prédominante dans le cadre de la problématique infectieuse (s'apparentant à un trouble cognitif modéré lié au VIH avec impact fonctionnel au quotidien — « mild neurocognitive disorder »). Néanmoins, les participations d'antécédents de méningite (datant approximativement de 1996 selon les dires de l'assuré) et de traumatismes crâniens (en 1977 et en 2006 sans lésions cérébrales visible à l'IRM de 2013) ne pouvaient être exclus.
- Une lettre de sortie du service d'urologie des HUG du 15 juin 2017 attestant d'une chirurgie électorale par REP le 2 juin 2017 pour un diagnostic de prostatisme mixte à prédominance d'urgence pharmaco résistant.
- Un rapport de consultation du département de chirurgie des HUG du 26 juin 2017 (Dr L_____) concluant à une suspicion d'éventration péristomiale. L'assuré présentait un statut post-amputation abdomino-périnéale avec colostomie terminale et reconstruction périnéale avec filet Strattice et prévention de la hernie parastomiale par filet de Koring. Statut post-résection endoscopique de la prostate le 2 juin 2017. Eventration sur sa cicatrice d'appendicectomie.
- Un rapport de consultation d'urologie du 11 août 2017 pour un diagnostic de troubles urinaire mixte avec s/p REP ICP pour prostatisme pharmaco-résistant et incontinence urinaire type urge.
- Un rapport du service des urgences des HUG du 24 août 2017, faisant état d'une prise en charge de l'assuré en raison de douleurs abdominales et d'un diagnostic d'érosion de l'intestin et érosion colostomie.

32. Le 4 octobre 2017, le Dr N_____, médecin interne au service d'urologie des HUG, a rempli un rapport médical AI attestant de l'intervention chirurgicale du 2 juin 2017. Il n'y avait pas de traitement et pas d'incapacité de travail du point de vue urologique.
33. Le 10 octobre 2017, la doctoresse O_____, du CAPPI Jonction, a rempli un rapport médical AI attestant d'une personnalité émotionnellement labile, type impulsif F60.30 ; le pronostic était moyen. L'assuré présentait des troubles mnésiques importants, une poche de stomie, des douleurs physiques et des troubles urinaires. Il avait des difficultés à porter des charges, à changer de position, à se concentrer et à mémoriser des tâches. Le rendement était réduit à 20 %.
34. Le 24 octobre 2017, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail de 50 % maximum dans l'activité habituelle et de 50 - 100 % dans une activité adaptée. Il suivait l'assuré depuis septembre 2014 et l'avait revu en dernier contrôle le 9 mars 2017. L'assuré présentait un cancer du canal anal avec st.p.amputation et colostomie définitive. Il était amputé de l'anus avec colostomie et développement d'une hernie parostomiale. La stomie et l'éventration faisaient qu'un travail avec les autres et avec des charges importantes était problématique (risques de perte poche stomie, de problème d'hygiène, de hernie). Un travail de bureau serait plus approprié. Il existait un risque élevé de récurrence de hernie en cas de travail de force. Une reconversion serait à envisager.
35. Le 20 novembre 2017, le Dr P_____, du SMR, a constaté qu'au vu des rapports des Drs M_____, N_____, O_____ et L_____, c'était surtout les troubles cognitifs dans le contexte du HIV et les myalgies qui semblaient avoir une répercussion sur la capacité de travail et l'atteinte psychiatrique ne semblait plus prédominante. Il convenait de poser des questions complémentaires à la Dresse M_____.
36. Le 15 décembre 2017, la Dresse M_____ a répondu à des questions du SMR en relevant que la capacité de travail de l'assuré était limitée sur le plan strictement infectiologie par des troubles cognitifs discrets à modéré d'origine mixte.
37. Le 23 avril 2018, le Dr Q_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel la Dresse M_____ confirmait le 15 décembre 2017 une capacité de travail essentiellement limitée par les troubles cognitifs, de sorte que l'assuré n'avait pas présenté d'aggravation de son état de santé et que les conclusions du SMR du 22 mars 2016 restaient valables.
38. Par projet de décision du 15 mai 2018, l'OAI a maintenu sa décision du 12 janvier 2017 avec un degré d'invalidité de 50 %.
39. Le 18 mai 2018, l'assuré a indiqué par téléphone à l'OAI qu'il souhaitait s'opposer au projet de décision et qu'il enverrait des documents médicaux (note téléphonique du 18 mai 2018).

40. Le 11 juin 2018, l'assuré, représenté par une assistante sociale des HUG, a écrit à l'OAI que, comme attesté par la Dresse M_____ (rapport du 1^{er} septembre 2017), la pose de la stomie avait eu un impact non négligeable sur sa santé physique et psychologique ; il communiquerait un rapport du Dr L_____.
41. Le 11 juillet 2018, le Dr Q_____ du SMR a estimé qu'un rapport médical devait être requis du Dr L_____.
42. Le 18 juillet 2018, les HUG ont informé l'OAI que l'assuré n'avait pas été vu en consultation par le Dr L_____ (note téléphonique du 18 juillet 2018).
43. Le 26 juillet 2018, l'assuré a transmis à l'OAI, notamment un rapport des HUG du 8 février 2018 faisant état d'une intervention chirurgicale le 23 janvier 2018 (cure de hernie para-stomiale gauche) en raison d'une hernie parastomiale avec occlusion, sans gangrène gauche et un certificat médical des HUG attestant d'une incapacité de travail totale du 23 janvier au 19 février 2018.
44. Le même jour, le recourant, représenté par un assistant social du CAS d'Onex, a précisé à l'OAI qu'il avait dû annuler une consultation auprès du Dr L_____ mais l'avait rencontré début juillet 2018, lequel devait rendre un rapport.
45. Le 4 octobre 2018, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du serveur et de 50 à 100 % dans une activité adaptée, en raison de la stomie et d'une labilité émotionnelle. Il avait vu l'assuré le 25 juin 2018, lequel était en rémission.
46. Le 22 octobre 2018, le Dr R_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel, au vu de l'ensemble des atteintes psychiques et somatiques la capacité de travail était de 50 % que dans une activité adaptée dès septembre 2014. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Sur le plan psychique : asthénie, troubles de l'adaptation et de la concentration, difficultés dans les relations interpersonnelles. Sur le plan somatique : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail physique, alternance des positions assises/debout, proximité des toilettes, pause de trente minutes deux à trois fois par jour pour vidange de stomie.
47. Le 3 décembre 2018, la réadaptation de l'OAI a constaté que l'assuré avait été reconnu capable de travailler à 50 % dans l'activité habituelle et toute activité adaptée mais, suite au rapport du Dr L_____ du 8 octobre 2018, il n'était dès janvier 2018 plus capable de travailler à 50 % que dans une activité adaptée, de sorte que le degré d'invalidité était de 57,5 % (revenu sans invalidité, en 2017, de 67'102.- et revenu d'invalidé, en 2017, de CHF 28'518 fondé sur l'ESS 2016, TA 1, niveau 1, homme, pour 41,7 heures de travail, à 50 %, avec une déduction de 15 %).
48. Par décision du 3 décembre 2018, l'OAI a maintenu le degré d'invalidité de 50 % jusqu'à décembre 2017, et le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité. Dès janvier 2018, l'état de santé s'était aggravé et la capacité de travail était nulle dans

l'activité habituelle de sorte que le degré d'invalidité était de 57,5 % (revenu sans invalidité de CHF 67'102.- et revenu d'invalidité de CHF 28'518.-).

49. Le 3 janvier 2019, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès de la chambre de céans en faisant valoir qu'en 2014 sa vie avait basculé, qu'il ne se sentait pas prêt à affronter le monde extérieur, que sa poche le gênait énormément et a requis la reconsidération de sa situation.
50. Le 29 janvier 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, dès lors que l'assuré avait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
51. Le 4 avril 2019, l'assuré, représenté par l'Association pour la permanence de défense des assurés (ci-après : l'APAS), a répliqué en relevant que sa poche était bruyante, qu'il devait la vider trois à quatre fois par jour et, parfois en cas de douleur, la changer toutes les dix minutes ; il se sentait honteux et mal dans son corps ; il avait récemment dû consulter en urgence en raison d'un abcès. Il n'était pas soutenable de considérer que la capacité de travail était encore de 50 % alors que les limitations fonctionnelles reconnues étaient plus importantes. L'effet de la stomie sur son état psychique n'avait pas été investigué. Il manquait de médecins ayant une vue d'ensemble sur sa symptomatologie. Il n'avait plus aucune capacité de travail. Il présentait des limitations fonctionnelles importantes et nombreuses tant sur le plan somatique que psychique. Il n'avait par ailleurs aucune formation reconnue, n'ayant effectué que quatre classes au Portugal. Il ne disposait en outre d'aucune expérience et compétence dans la bureautique qui impliquait de nos jours l'utilisation nécessaire d'un ordinateur, outil qu'il ne maîtrisait pas. Il n'était pas non plus à même de s'exprimer par écrit en français, ni de comprendre des textes de difficulté moyenne. Les perspectives de trouver un emploi sur le marché équilibré du travail étaient illusoires et l'on ne pouvait donc retenir une quelconque capacité de travail. Sa rente devait être versée dès le 1^{er} janvier 2014.

Une expertise pluridisciplinaire était éventuellement nécessaire. Enfin, un abattement de 25 % aurait dû être appliqué sur le revenu d'invalidité, en raison des limitations liées au handicap, à son âge, aux longues années de services dans la restauration et à une occupation à temps partiel seule possible. Il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire.

52. Le 6 mai 2019, l'OAI a dupliqué en relevant que l'expertise psychiatrique avait conclu à une capacité de travail de 50 % depuis septembre 2014 ; l'assuré était suivi par la Dresse O_____ qui n'avait pas relevé de limitations fonctionnelles d'ordre psychique ; toutes les atteintes à la santé avaient été investiguées ; la mise en valeur d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée était objectivement exigible ; quant à la déduction de 15 %, il n'existait pas de motif pour l'augmenter.
53. Le 14 octobre 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Depuis mai 2017, date à laquelle la chambre de céans m'a entendu, j'ai subi une opération de la prostate courant 2017 et une opération de la hernie en janvier 2018. La hernie a récidivé et actuellement je dois consulter le Dr L_____ le 17 octobre pour évaluer si les irrigations que je dois faire en principe moi-même deux fois par semaine devront être pratiquées à l'hôpital en raison de ma hernie. Le Dr L_____ doit également évaluer si une nouvelle opération est indiquée. J'ai dû consulter en raison de récurrences d'abcès en mai et en octobre 2019. A cette occasion on a découvert que la hernie avait récidivé. Je dois parfois consulter en urgence car la hernie empêche les selles de sortir. Je dois changer la poche entre deux et quatre fois par jour en fonction de la nourriture que j'ingère. J'ai souvent des douleurs abdominales avec des gonflements du ventre. Je ne peux pas m'habiller comme je veux, sortir où je veux. Je ne vais d'ailleurs qu'en sortie chez des amis ou de la famille, qui connaissent mon problème. Ma poche fait régulièrement du bruit. Je me suis replié sur moi-même et j'ai une vie sociale restreinte dû à mon problème.

Avant 2017 j'ai recherché du travail, en vain. Je pense qu'en raison de mon âge cela devient difficile mais on m'a aussi répondu, soit la Migros, que je ne pouvais pas être à la caisse car la poche n'était pas assez hygiénique. Depuis ma hernie je ne peux pas porter plus de 5 kg, ce qui est une limitation de plus. Si on me trouve un travail je le ferai mais je ne vois pas vraiment lequel. J'ai toujours été serveur et, comme dernier emploi, j'ai été réceptionniste dans un sauna à 40 %. Après mon cancer j'ai été licencié pour novembre 2014. Il y a quelques mois je me suis séparé de mon compagnon. Je suis très mal psychologiquement et je ne m'accepte plus dans mon corps. Je vois régulièrement les Drs S_____ qui est psychiatre, M_____ pour le HIV, L_____ qui m'a opéré deux fois. Je suis aussi suivi en urologie aux HUG. Je dois consulter à nouveau car j'ai souvent des pertes urinaires. Je dois prendre trois médicaments pour le HIV par jour, deux à trois fois un anxiolytique et parfois un antidépresseur. En cas de douleur je prends aussi du Dafalgan. J'ai diminué ma consommation d'alcool depuis que j'ai le suivi de psychiatrie de 2017. Une surconsommation d'alcool me rend dépressif et j'ai ensuite peur du risque suicidaire. Actuellement je bois occasionnellement. Ma médecin m'a dit que ça allait, qu'il fallait que je continue comme ça. L'ouverture de ma poche a augmenté en raison de ma hernie ce qui a généré aussi la nécessité de porter une poche plus importante, soit le double de celle que je portais auparavant. Ce nouveau format de poche est plus gênant. D'une façon générale j'ai honte de cette poche et je renonce par exemple à me baigner lorsque je suis à la mer avec ma famille.

J'ai eu deux fois un abcès en l'espace de quelques mois, ce qui doit également être contrôlé, en particulier il faut examiner s'il ne s'agit pas d'une récurrence de cancer. »

La mandataire du recourant a déclaré : « Nous demandons une expertise pluridisciplinaire, en tous les cas psychiatriques, et en plus oncologique, de chirurgie viscérale, de maladie infectieuse et de médecine générale, avec une appréciation consensuelle, dès lors que c'est ce qui a manqué dans l'appréciation

médicale du dossier. En particulier, contrairement à l'avis de l'OAI l'état psychique du recourant ne s'est pas amélioré. Je demande à pouvoir me déterminer ensuite sur la proposition de l'OAI. Je relève que l'incapacité de travail de 50 % est admise pour des raisons psychiatrique sans tenir compte de toutes les autres limitations fonctionnelles somatiques. Par ailleurs, la Dresse O_____ avait fait un rapport médical très succinct en octobre 2017 de sorte qu'une nouvelle évaluation se justifie. »

Le représentant de l'intimé a déclaré : « L'OAI ne voit pas l'intérêt d'une expertise pluridisciplinaire dès lors que tous les médecins traitant du recourant ont été interrogés. Nous souhaitons un délai pour nous déterminer sur une augmentation éventuelle de la déduction appliquée sur le revenu d'invalidé. »

54. Le 4 novembre 2019, l'OAI a indiqué, qu'après réexamen de la situation de l'assuré, un abattement de 20 % pouvait être retenu au lieu de 15 %, de sorte que le taux d'invalidité était de 60 %, lequel donnait droit à un trois-quarts de rente d'invalidité.
55. Le 13 décembre 2019, l'assuré a indiqué qu'il maintenait son recours en fonction des arguments développés.
56. Sur quoi la cause a été gardé 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. 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).
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la

forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, étant constaté que le 4 novembre 2019, l'intimé a considéré que le recourant avait finalement droit à un trois quart de rente d'invalidité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58

consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
13. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la

décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en

mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

e. Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un

handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

14. a. En l'occurrence, le recourant conteste la capacité de travail qui lui a été reconnue par l'intimé, soit de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis septembre 2014.

b. Du point de vue psychiatrique, dans son avis du 22 octobre 2018, le SMR a relevé que, sur le plan du HIV, la virémie était indétectable, qu'il persistait des troubles cognitifs liés au HIV mais que le bilan neuropsychologique d'août 2017 concluait à des troubles discrets à modérés, avec un tableau globalement stable. Les limitations fonctionnelles psychiques étaient : asthénie, trouble de l'adaptation et de la concentration, difficultés dans les relations interpersonnelles. La capacité de travail était limitée à 50 %, dans toute activité, comme l'avaient retenus les experts G_____ et H_____ (expertise du 29 février 2016). Il n'y avait pas d'élément permettant d'admettre une aggravation de l'état de santé psychique du recourant.

Il convient tout d'abord de relever que les conclusions de l'expertise psychiatrique du 29 février 2016 ont été admises par le recourant et l'intimé ; sa valeur probante n'est ainsi pas en cause (cf. ATAS/457/2017).

Le recourant invoque une péjoration de son état de santé. Toutefois, cette affirmation n'est pas documentée par des pièces médicales probantes. Les médecins questionnés suite à l'expertise précitée n'ont pas attesté d'une aggravation de l'état

psychique du recourant dans une mesure telle que sa capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée serait valablement remise en cause. La Dresse M_____ a indiqué, le 1^{er} septembre 2017, que le recourant présentait une asthénie chronique depuis 2014, et une suspicion d'état dépressif avec des troubles cognitifs (de la mémoire) et des troubles de l'humeur. Or, ces atteintes ont déjà été prises en compte dans l'expertise du 29 février 2016, laquelle a retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen et des troubles cognitifs discrets à modérés, reconnus incapacitants. Comme relevé par le SMR, l'examen neuropsychologique d'avril 2017 montre un tableau neuropsychologique globalement stable, de sorte qu'une aggravation ne saurait être admise de ce point de vue non plus. En revanche, ledit examen conclut à une aggravation sur le plan thymique vers une dépression sévère. Cependant, la Dresse O_____, psychiatre traitante du recourant, a attesté le 10 octobre 2017 d'un diagnostic psychiatrique de personnalité émotionnellement labile, type impulsif, jugé non-incapacitant et a relevé une activité psychomotrice dans la norme, pas d'aboulie ou d'anhédonie, ni d'idée suicidaire ou troubles psychotiques mais une anxiété, de légers troubles du sommeil et des troubles mnésiques importants, avec de la difficulté à se concentrer et à mémoriser des tâches. Elle a certes estimé une capacité de travail réduite à 20 %, mais les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus ont tous été pris en compte dans l'évaluation de l'expertise du 29 février 2016 ainsi que par le SMR le 22 octobre 2018, de sorte qu'il y a lieu de constater qu'aucune aggravation sur le plan psychique n'a été étayée par la psychiatre traitante du recourant. Celle-ci n'explique pas non plus pour quel motif une capacité de travail de 50 % ne serait pas exigible du recourant. De même, la Dresse M_____ a uniquement relevé, le 15 décembre 2017, la présence de troubles cognitifs incapacitants discrets à modérés.

Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'intimé quant à une capacité de travail du recourant, du point de vue psychiatrique, de 50 % dans une activité adaptée, dès l'année 2014, peuvent être confirmés.

c. Du point de vue somatique, dans son avis du 22 octobre 2018, le SMR a considéré que, sur le plan urologique, il n'y avait pas d'incapacité de travail, comme mentionné par la Dresse N_____ et, sur le plan oncologique, il y avait des limitations fonctionnelles qui empêchaient l'exercice de l'activité habituelle depuis septembre 2014 mais permettaient l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à un taux de 50 %, selon les indications fournies par le Dr L_____ le 8 octobre 2018. A cet égard, aucune pièce médicale au dossier ne met en doute les conclusions du SMR, étant par ailleurs constaté que le médecin traitant du recourant, le Dr L_____ estime même qu'une activité adaptée serait exigible de 50 % à 100 % (avis du 8 octobre 2018). Partant, les conclusions du SMR quant à une capacité de travail exigible du recourant à un taux de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ne peuvent qu'être confirmées.

d. Au vu de ces développements, la chambre de céans renonce, par appréciation anticipée des preuves, à ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire,

estimant qu'une instruction médicale complémentaire ne se justifie pas, l'avis des médecins traitants du recourant ayant été dûment pris en compte par l'intimé.

e. Le recourant doit ainsi être reconnu capable d'exercer, dès septembre 2014, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à un taux de 50 %.

15. a. Le calcul du degré d'invalidité auquel l'intimé a procédé le 3 décembre 2018 est contesté par le recourant, au motif qu'un abattement de 25 % au lieu de 20 % (finalement admis par l'intimé) aurait dû être appliqué sur le revenu d'invalidité.

A cet égard, la question de savoir si, comme le demande le recourant, un tel abattement de 25 % est justifié, peut rester ouverte dès lors que même si cet abattement maximal était retenu, le degré d'invalidité serait de 63 %, soit inférieur à la limite de 70 %, donnant droit à une rente entière d'invalidité.

b. Le recourant estime encore que ses chances de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail sont nulles. Cependant, au vu des limitations fonctionnelles retenues (asthénie, troubles de l'adaptation et de la concentration, difficultés dans les relations interpersonnelles, pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de travail physique, alternance des positions assise / debout, et exigence de la proximité de toilettes pour une pause de trente minute deux à trois fois par jour) un emploi adapté n'apparaît pas hors de portée du recourant et cela même s'il doit être reconnu que le port d'une poche est un élément qui complique la recherche d'un tel emploi. Par ailleurs, il convient d'admettre que le salaire issu des statistiques comprend un nombre suffisant d'activités légères compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, étant relevé qu'un abattement important, soit de 20 %, a été admis par l'intimé, lequel tient compte du fait que l'éventail d'activités adaptées est plus restreint (arrêt du Tribunal fédéral 8C 122/ 2019 du 10 septembre 2019).

c. Le taux d'invalidité de 60 % calculé par l'intimé ne peut ainsi qu'être confirmé.

16. a. Le recourant prétend à l'ouverture de son droit à la rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2014, au motif que l'expertise du 29 février 2016 indique que les diagnostics posés sont incapacitants depuis le début de l'âge adulte.

A cet égard, il y a lieu de constater que l'expertise du 29 février 2016 indique que les troubles cognitifs incapacitants sont documentés depuis avril 2015 et non pas depuis le début de l'âge adulte, de sorte que toutes les atteintes à la santé reconnues incapacitantes ne sont pas survenues depuis le début de l'âge adulte.

Par ailleurs, le recourant a travaillé dans la restauration au-delà du début de l'âge adulte, de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir que les diagnostics posés par les experts étaient incapacitants dès cette période (cf. extrait du compte individuel du recourant et rapport d'expertise du 29 février 2016 p. 3 à 5). Les experts ont ainsi relevé que l'assuré était parvenu à maintenir une activité professionnelle pendant une grande partie de sa trajectoire de vie et que les traits de personnalité borderline n'avaient pas été suffisamment prononcés au point d'avoir un impact grave sur son

fonctionnement, notamment professionnel (rapport d'expertise du 29 février 2016 p. 10).

Selon les conclusions de l'expertise du 29 février 2016, le recourant présente une incapacité de travail de 50 % depuis septembre 2014 dans son activité habituelle et dans toute autre activité ; le SMR a ensuite estimé que cette incapacité de travail de 50 % s'appliquait aussi du point de vue somatique, avec une incapacité de travail totale reconnue dans l'activité habituelle, également depuis septembre 2014 (avis du SMR du 22 octobre 2018). Or, hormis une incapacité de travail de 70 % du 1^{er} décembre 2012 au 31 octobre 2013 attestée par le Dr D_____ le 10 octobre 2013, le recourant n'a pas établi une incapacité de travail de longue durée antérieurement à septembre 2014 ; en particulier, le rapport du 22 mai 2014 du Dr E_____, lequel évoque une incapacité de travail de 70 %, en raison de troubles mnésiques, qui aurait perduré au-delà d'octobre 2013, ne se fonde sur aucun examen du recourant depuis le dernier qui date du 20 décembre 2013, étant relevé que les experts n'ont par ailleurs pas considéré l'existence d'une incapacité de travail pour raison psychique antérieurement à septembre 2014.

b. Le début de l'incapacité de travail de longue durée doit ainsi être fixé à septembre 2014 ; le recourant a en conséquence droit dès le 1^{er} septembre 2015 à un trois quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 60 %.

17. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse réformée dans le sens que le recourant a droit dès le 1^{er} septembre 2015 à un trois quart de rente d'invalidité.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} 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

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'intimé du 3 décembre 2018 et dit que le recourant a droit à un trois quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2015.
4. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- au recourant, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.-, à la charge de l'intimé.
6. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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