



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2222/2017

ATAS/495/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à COLOGNY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1964, d'origine iranienne, s'est établi en Suisse en 1990. Il a accompli un apprentissage de cuisinier et a travaillé dans cette profession jusqu'en 1997. Il a ensuite perçu des indemnités de chômage et des prestations cantonales en cas de maladie.
2. Selon un certificat établi en date du 19 janvier 1996 par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assuré souffrait d'un état anxieux avec de très probables attaques de panique, répondant bien au traitement médicamenteux. Les symptômes étaient déclenchés par des situations de stress. Il conviendrait de rechercher un travail dans une cuisine sans horaires irréguliers, afin de diminuer les facteurs de stress.
3. Dans son avis du 16 août 1999, le médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi (OCE) a considéré que l'assuré pourrait prochainement reprendre le travail.
4. Le 12 avril 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant une pancréatite, des douleurs au dos, une déformation du genou gauche, des pieds plats et des attaques de panique.
5. Une IRM du genou gauche réalisée le 8 juin 2000 a mis en évidence une lésion méniscale de stade II, sans signe en faveur d'une déchirure du ménisque. Il n'y avait pas de lésion ostéocondrale ou ligamentaire.
6. Dans son rapport du 7 juillet 2000, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie, a posé les diagnostics de status après pancréatite aiguë, d'ulcère pylorique récidivant, de syndrome cervical sur troubles statiques et début de troubles dégénératifs, de gonalgies gauches, de crises de panique et d'angoisse, de status après tendinite de la loge antérieure de la jambe gauche, de status après trachéo-bronchite récidivante et sinusite récidivante, de tympanoplastie huit ans plus tôt et de pieds plats. L'incapacité de travail était totale depuis le 7 septembre 1997. Des mesures professionnelles étaient indiquées. Une activité adaptée ne devrait pas comporter d'efforts physiques ni de port de charges lourdes. L'assuré se plaignait d'épigastries s'accroissant au moindre changement de régime, de douleurs cervicales et dorso-lombaires, et de douleurs au genou gauche.
7. Dans son avis du 2 février 2001, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que l'assuré pouvait en principe travailler après la phase aiguë de la pancréatite. Pour le genou, il fallait examiner si un travail debout était contre-indiqué, et prévoir une activité sédentaire dans l'affirmative.
8. Dans son rapport du 8 mai 2001, l'OAI a retenu que l'activité de cuisinier n'était plus possible pour l'assuré en raison du stress. Cependant, selon les avis médicaux, c'était en raison des problèmes de genou et de dos que cette profession était inadaptée. L'OAI considérait que l'assuré pouvait exercer une activité plus légère

essentiellement assise à 100 %, par exemple en tant qu'employé dans le conditionnement alimentaire pour un salaire annuel de CHF 36'400.- ou dans le conditionnement de produits pharmaceutiques pour un revenu annuel de CHF 41'600.- à CHF 45'500.-. Selon les indications de l'Union industrielle genevoise, le salaire minimum d'un travailleur non qualifié était de CHF 42'250.- La moyenne de ces revenus, qui représentait le salaire après invalidité, était de CHF 41'437.50. Le revenu sans invalidité était de CHF 47'515.-, conformément à ce que l'employeur avait indiqué à l'OAI lors d'un entretien téléphonique du 30 mars 2001. La comparaison de ces revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 13 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles ou à une rente.

9. Par décision du 14 juin 2001, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assuré, ce dernier présentant un degré d'invalidité de 13 %.
10. Par décision du 31 juillet 2001, l'OCE a déclaré l'assuré inapte au placement.
11. Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision du 14 juin 2001, la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, alors compétente, l'a rejeté par arrêt du 4 juillet 2002 (433/01). Elle a retenu que selon le Dr C_____, une activité sans effort ni port de charges lourdes était adaptée, et que l'assuré pourrait reprendre le travail prochainement selon l'avis du médecin-conseil de l'OCE. S'agissant du degré d'invalidité, le salaire avant invalidité actualisé à 2001 se montait à CHF 44'065.15. Le revenu après invalidité correspondait au salaire statistique ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 1998 pour un homme employé à des activités simples et répétitives (ESS 1998, TA1, niveau 4), soit CHF 53'648.75 une fois indexé et adapté à la durée moyenne de travail. Compte tenu d'un abattement de 25 %, ce revenu était porté à CHF 41'774.-, ce qui amenait à un degré d'invalidité de 5.2 % insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. L'assuré pourrait toutefois s'adresser au service de placement de l'OAI.
12. Le 21 février 2003, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI en invoquant les atteintes déjà signalées en 2000.
13. Dans son rapport du 12 mai 2003, le Dr C_____ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire depuis 1997. Il a joint à son rapport les documents suivants :
 - rapport de tomodensitométrie du massif facial du 1^{er} février 2001, concluant à une importante hypertrophie des cornets des deux côtés, une discrète déviation septale à gauche, un espace aérique du méat moyen passablement réduit par les cornets moyens hypertrophiés et la bulle ethmoïdale hyperpnéumatisée des deux côtés ;
 - compte-rendu de turbinectomie moyenne bilatérale, d'ethmoïdectomie antérieure et de septoplastie du 5 février 2001 ;

- rapport de biopsie du 9 février 2001 concluant à une hyperplasie polypoïde de la muqueuse rhinosinusienne avec inflammation chronique sans éosinophilie (rhinosinusite chronique) ;
 - rapport du 20 décembre 2001 de la consultation d'allergologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), diagnostiquant une rhinite chronique sans composante allergique identifiable et un status après pancréatite en 1997 ;
 - rapport du 12 août 2002 de l'Hôpital de Bienne, selon lequel l'assuré s'était rendu au service des urgences en raison d'une sinusite aiguë.
14. Par décision du 10 octobre 2003, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, invoquant l'absence d'élément médical nouveau.
15. Dans sa troisième demande de prestations du 5 mars 2012, l'assuré a invoqué, outre les atteintes déjà signalées, un asthme, une sciatique gauche, des genoux *varum*, un ulcère duodénal, une gastrite, une rhinosinusite chronique avec surinfections à répétition, une déviation septale, une allergie naso-sinusienne, une hypercholestérolémie traitée et des douleurs cervicales chroniques.
16. En avril 2012, l'assuré a indiqué à l'OAI que son état de santé s'était détérioré de manière importante depuis 2003, et il devait prendre beaucoup de médicaments chaque jour. Il était plus âgé et plus faible, et les différents changements dans sa situation familiale le stressaient et le déprimaient beaucoup plus qu'avant. Il se sentait épuisé. Il a produit les documents suivants :
- rapport du 24 novembre 2010 du docteur E_____, spécialiste FMH en cardiologie, signalant des douleurs thoraciques atypiques d'origine non coronarienne, une absence de cardiopathie significative à l'échocardiographie et un anévrisme du septum interauriculaire, ce qui relevait d'une anomalie mineure sans implication particulière. Par exclusion, les symptômes de l'assuré paraissaient plus vraisemblablement en relation avec un état anxieux ;
 - rapport d'intervention du service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) des HUG du 17 février 2011, signalant une hospitalisation du 9 au 11 février 2011 pour une intervention en raison d'une déviation septale antérieure droite avec obstruction nasale chronique ;
 - rapport du 14 décembre 2011 du docteur F_____, spécialiste FMH en ORL, diagnostiquant une rhinosinusite chronique polypeuse avec surinfections à répétition et une déviation de la cloison nasale. L'assuré avait subi deux interventions sans succès. Il souffrait également d'allergies naso-sinusiennes. Au vu de l'affection chronique et récidivante, un traitement et des soins réguliers étaient nécessaires ;
 - rapport de radiographie des genoux du 1^{er} février 2012, concluant à un *genu varum* débutant sans modification des structures osseuses, avec un léger pincement de l'espace articulaire évoquant une éventuelle lésion méniscale interne ;

- rapport du 30 mars 2012 du docteur G_____, faisant état d'une aggravation notable de l'état de santé de l'assuré depuis 2003. Ce dernier souffrait de crises de panique et d'un état dépressif. Il avait les pieds plats et des gonalgies, et ses problèmes ORL s'étaient aggravés. Les lombosciatalgies étaient plus handicapantes, et elles étaient aggravées par une douleur au coccyx.
- 17. Des radiographies du bassin et des hanches réalisées le 25 septembre 2012 n'ont pas mis en évidence d'anomalie de la structure osseuse. L'aspect des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales était symétrique, et l'interligne articulaire des articulations coxo-fémorales était conservé. Une petite dysplasie bilatérale des hanches prédominant à droite, de type CAME, était retenue.
- 18. Par courrier reçu le 25 septembre 2012 par l'OAI, l'assuré a transmis un rapport traduit du persan, établi par des médecins d'une clinique multidisciplinaire de la douleur en Iran, signalant qu'« *il lui avait été distingué le syndrome de la douleur [... L'assuré] était incapable et inefficace de faire des affaires moyennes et dures dans son travail. Alors, afin de contrôler la douleur, il y a lieu de limiter le patient de faire des travaux assez légers sans avoir le stress physique et psychologique* ».
- 19. Dans un rapport du 4 octobre 2012, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué un épisode dépressif de degré moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et un syndrome d'attaques de panique de gravité moyenne (F 41). Le pronostic à court et moyen termes était défavorable. L'incapacité de travail de l'assuré était de 50 % depuis janvier 2012 du point de vue psychique, et totale si l'on tenait compte de toutes les atteintes. Ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation, ainsi que sa résistance, étaient limitées.
- 20. Dans son rapport du 9 octobre 2012, le Dr F_____ a posé les diagnostics de sinusite polypeuse avec surinfections à répétition depuis plus de vingt ans. L'incapacité de travail avait été complète du 14 au 24 mai 2012 et du 19 au 30 juillet 2012. Entre les périodes de surinfection, il n'y avait pas d'incapacité de travail. L'assuré était cuisinier et pouvait travailler dans toutes les positions.
- 21. Dans un rapport reçu en novembre 2012 par l'OAI, le Dr I_____ a diagnostiqué avec effets sur la capacité de travail une dépression modérée, un état anxieux, des crises de panique, un asthme chronique, des lombosciatalgies, des gonalgies bilatérales sur genoux *varum*, des coccyalgies d'origine indéterminée, des allergies naso-sinusiennes et une rhinosinusite chronique. L'assuré souffrait également de pancréatique chronique, d'hypercholestérolémie traitée, d'anévrisme du septum interauriculaire et d'ulcère duodénal avec épigastralgies chroniques, sans incidence sur sa capacité de travail. L'incapacité de travail était totale depuis 1997. Une reprise ne pouvait être envisagée.
- 22. Dans son rapport du 4 mars 2013, le Dr H_____ a indiqué que l'assuré le consultait une fois par mois et qu'il suivait un traitement médicamenteux. Il a confirmé les diagnostics déjà posés d'épisode dépressif de degré moyen (F 32.11)

et de syndrome d'attaques de panique (F 41). L'assuré présentait une certaine instabilité de son état psychique à la suite de problèmes socio-économiques et conjugaux. Du point de vue psychique, la capacité de travail était de 50 % à raison de quatre heures par jour, par exemple en tant que cuisinier. À long terme, il devrait pouvoir exercer une activité adéquate.

23. Dans son rapport du 17 avril 2013, le Dr I_____ a rappelé que l'assuré était connu pour des crises de panique, une anxiété et un état dépressif. Il avait des douleurs abdominales basses d'origine indéterminée. Une hernie inguinale, ressentie comme très douloureuse, et un asthme aggravaient les symptomatologies psychomotrices. Son état de santé s'était aggravé et la capacité de travail restait nulle. Elle pourrait être de 50 % dans une activité strictement adaptée après une herniectomy réussie et une amélioration de l'état psychique.

Le Dr I_____ a joint l'échographie de l'abdomen et de la racine de la cuisse gauche réalisée le 19 février 2013, révélant une hernie inguinale gauche indirecte, à composante graisseuse et vraisemblablement intestinale, sans signe d'incarcération.

24. Les radiographies du bassin et des hanches réalisées du 4 février 2014 ont confirmé l'absence d'anomalie de la structure osseuse et l'aspect symétrique des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales.
25. Le 2 février 2015, le Dr H_____ a signalé à l'OAI une importante dégradation de l'état psychique de l'assuré, sous forme d'une humeur dépressive persistante accompagnée d'anxiété, de troubles neurovégétatifs et d'insomnies persistantes. Il présentait de plus de fortes céphalées, pour lesquelles une IRM serait organisée prochainement.
26. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qu'il a confiée aux docteurs J_____, spécialiste FMH en médecine interne, K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

Dans ce cadre, l'assuré a subi des radiographies de la colonne lombaire, du fémur et du genou gauches en date du 16 mars 2015. Ces examens ont révélé de minimes modifications dégénératives de spondylodiscarthrose L1-L2 et une possible discopathie L5-S1. Il n'y avait pas d'anomalie visible en regard du fémur.

Dans leur rapport du 21 juillet 2015, les experts ont résumé le dossier de l'assuré et rapporté son historique familial et médical. Ils l'ont interrogé sur ses plaintes. L'assuré évoquait une gêne au niveau du nez, ainsi que des sinusites fréquentes. Il avait de nombreuses allergies, en particulier à la poussière. Il avait été opéré d'une hernie inguinale gauche en 2013. Il disait avoir toujours souffert de douleurs au genou gauche, depuis l'adolescence. En 1997, il avait glissé et était tombé sur le genou gauche et sur le coccyx. Depuis, les gonalgies persistaient, de même que les coccygodynies, exacerbées par une chute dans une baignoire en 1998. Ces douleurs étaient toujours présentes et le contraignaient à changer sans cesse de position. Depuis une vingtaine d'années, il présentait des douleurs lombaires, irradiant par épisodes dans le membre inférieur gauche. Depuis environ quatre mois, il se

plaignait de douleurs à la face antéro-proximale de la cuisse gauche. Il souffrait également des pieds, en raison de troubles statiques (pieds plats), plus ou moins soulagés par le port de semelles orthopédiques. Il était arrivé en Suisse en 1990 en tant que réfugié politique. Il avait subi en 1991 une première décompensation psychique associée à une symptomatologie dépressive et anxieuse, qui s'était améliorée une année plus tard. Il se sentait incapable de travailler depuis 1997. Il mettait en avant des limitations fonctionnelles plutôt que psychiques : il ne se sentait pas motivé, n'avait pas d'énergie, se sentait stressé tout le temps et avait des troubles du sommeil. Il se plaignait également de brûlures épigastriques et rétrosternales postprandiales, et d'une sécheresse nasale constante. Les cervicalgies n'étaient pour l'heure pas réellement gênantes. Au plan psychique, il se sentait déprimé en permanence. Il ruminait, ne se sentait pas motivé, rien ne lui faisait plaisir. Il avait tendance à se replier, par méfiance. Il mettait deux à trois heures à s'endormir. Il évoquait des troubles de la concentration s'aggravant au fil du temps, il avait beaucoup de peine à lire. Il était pessimiste et pensait ne plus avoir de futur. Il avait des idées suicidaires tous les cinq à six mois. Il imaginait se défenestrer, mais il était retenu par le fait d'être père. Tous les deux à trois jours, il avait des crises d'angoisse pouvant tourner à la panique, déclenchées par différents souvenirs. Il avait vécu beaucoup d'événements traumatisants : agressions physiques et abus sexuels de 6 à 15 ans, emprisonnement de 18 à 19 ans avec simulacres d'exécution, passages à tabac et torture. Il avait des souvenirs répétitifs de ces événements une fois par semaine, et des cauchemars une fois par mois. Il restait surtout chez lui, où il disait tourner en rond.

Les experts ont ensuite relaté les résultats de leurs examens cliniques et paracliniques. En synthèse, ils ont retenu que les gonalgies gauches avaient été investiguées dès 1999 et que leur étiologie était restée plus ou moins indéterminée. En effet, une IRM du genou gauche en 2000 avait objectivé une lésion méniscale médiale de la corne postérieure de stade II (dégénérescence probable), cependant sans lésion du ménisque. Malgré les traitements conservateurs instaurés, les gonalgies avaient persisté. L'assuré se plaignait par ailleurs de lombalgies et de coccygodynies, persistantes malgré des essais de traitement. Enfin, les pieds plats constituaient un trouble statique assez bien corrigé par le port de semelles orthopédiques. L'assuré avait fait un premier épisode de pancréatite aiguë en 1997, accompagnée d'un ulcère pylorique à *Helicobacter pylori*, et un deuxième épisode de pancréatite aiguë en 1999, dont l'origine n'avait jamais été précisée. En 2001 et 2011, il avait subi deux septoplasties avec turbinectomie pour des sinusites récidivantes. L'assuré avait commencé à souffrir d'un état dépressif et anxieux en 1991, lequel s'était amélioré progressivement, mais cet état s'était à nouveau installé depuis le harcèlement moral qu'il estimait avoir subi en 1997. Comme facteurs de stress, les experts relevaient un père absent durant l'enfance, des agressions et des abus sexuels, l'emprisonnement, la torture et le mobbing. L'assuré s'était séparé de la mère de sa première fille en 2005. Il ne voyait plus cette enfant,

car sa mère refusait qu'il la rencontre. Il y avait des tensions avec sa deuxième épouse ces derniers mois.

Au plan de la médecine interne, l'assuré, en surpoids, continuait à présenter des troubles digestifs d'origine fonctionnelle (brûlures épigastriques, ballonnements douloureux, nausées) malgré le traitement. En dépit des deux opérations, il persistait une sécheresse nasale et de fréquentes sinusites occasionnant des céphalées. L'assuré était allergique aux poussières et recourait environ deux fois par mois aux sprays bronchodilatateurs. Il n'y avait cependant pas d'atteinte affectant la capacité de travail.

Du point de vue rhumatologique, les plaintes concernaient des lombalgies chroniques, une coccygodynie chronique, des gonalgies gauches chroniques et des douleurs des pieds des deux côtés sur troubles statiques (pieds plats). Le status rachidien était dans les limites de la norme, hormis l'observation d'une myogélose très modérée des muscles trapèzes des deux côtés et d'une contracture musculaire paradorsale gauche très modérée. La mobilité dorsolombaire était conservée. Le status neurologique était dans les limites de la norme. Les radiographies de la colonne lombaire du 16 mars 2015 objectivaient des troubles dégénératifs minimes, avec une spondylarthrose L1-L2 et une discopathie postérieure L5-S1 débutantes, compatibles avec l'âge. La rhumatologue concluait ainsi à des cervicalgies et des lombalgies communes compatibles avec l'âge. Quant aux gonalgies gauches, le status du genou était dans les limites de la norme en l'absence de signe d'épanchement ou de signe en faveur d'une lésion méniscale ou d'une instabilité ligamentaire. Les radiographies du genou gauche de mars 2015 étaient dans les limites de la norme. Il s'agissait vraisemblablement de gonalgies sur troubles dégénératifs débutants, comme cela ressortait de l'IRM du genou, compatibles avec l'âge. La douleur à la palpation au tiers proximal antérieur de la cuisse gauche, mise en évidence lors de l'examen, restait sans explication. Le status local était par ailleurs normal, les radiographies n'ayant pas démontré d'anomalie osseuse ou des parties molles. Par ailleurs, le status de la hanche gauche était sans particularité. L'examen des pieds, hormis les troubles statiques relevés, était dans les limites de la norme. Il y avait une discordance entre l'intensité des plaintes et la paucité des signes cliniques et radiologiques objectivés.

Au plan psychique, les symptômes rapportés étaient une humeur dépressive permanente d'intensité maximale de 8/10, des ruminations dépressives, une envie de pleurer, une démotivation, une irritabilité, une anhédonie, une libido faible, une inappétence, des troubles de l'endormissement et des réveils nocturnes, une fatigue permanente d'intensité maximale de 8/10, une perte de confiance en soi depuis 1997 en raison du mobbing, des troubles de la concentration, un pessimisme et des idées suicidaires rares, mais précises. Les symptômes anxieux consistaient en des crises d'angoisse pouvant tourner à la panique tous les deux jours et pouvant durer quelques jours. Ces symptômes pouvaient être intégrés dans le cadre du stress post-traumatique, avec reviviscence de l'événement traumatique. L'assuré évitait de

fréquenter des compatriotes à Genève, se méfiant d'eux, ayant peur d'être agressé, car il craignait de rencontrer quelqu'un qui travaillait pour le gouvernement iranien. Il décrivait des réactions de sursaut régulièrement et il se sentait souvent nerveux et agité. À son arrivée en Suisse, il s'était senti isolé et perdu. Il avait progressivement tenté de s'intégrer grâce au travail, mais le mobbing qu'il disait avoir subi avait réactivé une souffrance liée à son passé traumatisant. Les tortures subies durant l'emprisonnement avaient abouti à un état post-traumatique, et il s'en était suivi une séquelle chronique et irréversible de ce trouble. L'assuré avait une attitude méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de perte d'espoir, l'impression d'être constamment menacé, une perte de confiance en soi. Il avait régulièrement fait des abus d'alcool fort avant ses pancréatites, que son psychiatre traitant interprétait comme un comportement para-suicidaire. La description des activités quotidiennes révélait qu'il passait beaucoup de temps replié dans sa chambre, mais qu'il participait aux activités ménagères, gérait les démarches administratives, et aidait ses enfants pour les devoirs lorsqu'il était stimulé par sa femme. Il vivait replié sur son entourage proche. L'examen psychiatrique montrait un homme fatigué et fatigable, peu soigné, plaintif, déprimé et anxieux. Il était légèrement ralenti. Aucun trouble cognitif évident n'était constaté. Le contenu de la pensée était fixé sur une perte d'espoir dans l'avenir et une perte de confiance en lui. En conclusion, le tableau clinique orientait vers l'hypothèse diagnostique de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, trouble présent probablement depuis au moins 1997. La symptomatologie dépressive, anxieuse et de stress post-traumatique de l'assuré pourrait rentrer dans ce trouble de la personnalité. En suivant cette hypothèse, on pourrait avancer que le trouble psychique était persistant et qu'il était théoriquement à l'origine de certaines limitations fonctionnelles : difficultés relationnelles pouvant rendre malaisée l'intégration dans une équipe, tendance au repli social, vulnérabilité au stress, anxiété, découragement face à une tâche, perte de confiance en soi. Néanmoins, il existait dans ce dossier des éléments contradictoires. Ainsi, l'assuré avait pu apprendre le français, s'intégrer en Suisse (la mère de son premier enfant était suisse), se former et travailler de 1992 à 1997. Dans un rapport médical daté de décembre 2001, il était mentionné que l'assuré travaillait dans l'exportation de voitures et voyageait très fréquemment. L'expert psychiatre n'avait toutefois retrouvé cette notion nulle part ailleurs dans le dossier et l'assuré n'en avait pas parlé. De plus, il avait pu se rendre en Iran et y séjourner de 2006 à 2009. Il avait pu se marier à deux reprises et devenir père de trois enfants. Ceci paraissait relativiser le côté handicapant du trouble psychiatrique. Le Dr L_____ en concluait que la capacité de travail était conservée, avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 %. Compte tenu de l'absence d'activité depuis 1997, il y aurait vraisemblablement besoin d'intégrer l'assuré dans un atelier de réadaptation professionnelle afin de le réentraîner progressivement au travail dans un milieu protégé, et en même temps évaluer ses capacités fonctionnelles.

Le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail était celui de probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0) depuis au moins 1997. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient ceux de cervicalgies chroniques communes ; lombalgies chroniques communes ; gonalgies gauches sur troubles dégénératifs très débutants ; troubles statiques des pieds (pieds plats) ; sinusites chroniques ; bronchospasme d'origine allergique (poussières) ; troubles digestifs fonctionnels ; surpoids ; status post-pancréatites aiguës (1997 et 1999) ; status post-ulcère pylorique gastrique à *Helicobacter pylori* en 1997 ; status post-septoplastie et turbinectomie en 2001 et 2011 ; status post-opération de hernie inguinale gauche (2013). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les mouvements contraignants répétitifs pour le rachis en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque et du tronc, pas de port itératif de charges supérieures à 15-20 kg, possibilité de changer de position, éviter les montées et descentes répétées des escaliers, pas de station debout prolongée plus de 45 à 60 minutes, pas de longs déplacements sur terrain inégal. Aux plans psychique et social, les limitations étaient la vulnérabilité au stress, l'anxiété, le découragement face à une tâche, la perte de confiance en soi, des difficultés relationnelles pouvant rendre difficile l'intégration dans une équipe et un repli social. L'activité de cuisinier impliquait de longues stations debout et le port de charges fréquent. Les affections présentées par l'assuré n'étaient pas telles que l'ancienne activité de cuisinier en devienne inexigible. Elle pourrait encore être exercée à 100 %, mais avec le risque de décompensations douloureuses fréquentes, et, partant, de longs arrêts de travail. Il y avait une diminution du rendement de 20 % pour des raisons psychiques. Le psychiatre traitant estimait qu'il y avait une diminution de la capacité de travail depuis 2012. On pouvait penser que la pathologie psychique s'était peu à peu étendue depuis 1997, mais que l'incapacité de travail objective sous la forme d'une diminution de rendement de 20 % datait de 2012, l'aggravation étant possiblement en relation avec le stress induit par les problèmes conjugaux. L'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et nécessaires. Il y avait lieu d'établir un plan de réadaptation tenant compte des critères suivants : possibilité de s'habituer à un rythme de travail ; aptitude à s'intégrer dans le tissu social ; mobilisation des ressources existantes. S'agissant de la possible amélioration de la capacité de travail, la poursuite du traitement psychiatrique était importante. Une réadaptation professionnelle pouvait également être importante afin de resocialiser l'assuré et d'améliorer sa confiance en lui. On pourrait attendre que ces mesures améliorent la capacité de travail dans les deux ans, ou du moins la maintiennent.

27. Dans son avis du 11 septembre 2015, la doctoresse M_____, médecin au SMR, a indiqué qu'à la différence des experts, elle considérait les atteintes rhumatologiques comme incapacitantes du fait qu'elles entraînaient d'importantes limitations fonctionnelles incompatibles avec l'activité de cuisinier. Ainsi, dans cette profession, la capacité de travail était nulle. Elle était entière avec une diminution

- de rendement de 20 % pour motifs psychiques dans une activité adaptée depuis 2012.
28. Le 22 septembre 2015, l'assuré a subi une IRM du genou gauche en raison d'une entorse. Le radiologue a conclu à des données en faveur d'une déchirure subtotale à totale proximale du ligament croisé antérieur avec stigmata osseux, à une altération de la corne postérieure du ménisque interne, à une chondropathie fémoro-tibiale interne de grade III et fémoro-patellaire de grade IV, et à un petit kyste poplité postéro-interne.
 29. Le 23 novembre 2015, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Pour le revenu d'invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012, TA1, Ligne Total, niveau 1, soit CHF 5'210.-). Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures, le revenu annuel était de CHF 65'177.-, et de CHF 52'142.- en tenant compte de la diminution de rendement de 20 %. Il n'y avait pas lieu d'accorder de réduction supplémentaire selon l'approche pluridisciplinaire. S'agissant du revenu sans invalidité, le SMR a considéré que l'assuré aurait poursuivi son activité de cuisinier sans atteinte à la santé. Il s'est fondé sur le salaire statistique dans cette activité selon l'ESS 2012 (TA1, Lignes 55-56, niveau 1), soit CHF 3'730.- par mois pour 40 heures hebdomadaires. La différence entre ces deux revenus aboutissait à un taux d'invalidité nul.
 30. Le 7 mars 2016, le docteur N_____, médecin au SMR, a noté que les limitations relatives aux atteintes révélées par l'IRM du genou gauche de septembre 2015 intervenaient lors de la charge du membre concerné, accompagnée de mouvements de torsion, ou lors d'activités sportives. Les limitations fonctionnelles prises en compte par les experts englobaient déjà une épargne du genou gauche, de sorte que cette nouvelle atteinte ne modifiait pas les conclusions du SMR.
 31. Le 10 mars 2016, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel ce dernier présentait un degré d'invalidité nul depuis 2012, conformément au calcul du 23 novembre 2015 qu'il a repris. L'assuré n'avait ainsi droit ni à des mesures de réadaptation, ni à une rente.
 32. Le 20 mai 2016, l'assuré, par son mandataire, a contesté le projet de décision de l'OAI. Il a soutenu qu'il présentait une incapacité de travail d'au moins 50 %. Ses atteintes étaient multiples et l'OAI ne pouvait les analyser isolément. Ses médecins considéraient que son incapacité de travail était totale. Il invitait l'OAI à réexaminer son projet de décision à la lumière des différents certificats médicaux déjà fournis. Il s'engageait à se soumettre à une expertise neutre qui conforterait ses allégations.
 33. Dans un avis du 9 mars 2017, la doctoresse O_____, médecin au SMR, a noté que l'assuré ne fournissait aucun nouvel élément susceptible de modifier l'appréciation du SMR.

34. Par décision du 19 avril 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré en reprenant la motivation développée dans sa décision du 17 mai 2016. Les objections de l'assuré ne modifiaient pas l'avis du SMR.
 35. Par écriture du 22 mai 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à ce qu'une expertise soit ordonnée, et sur le fond à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement d'une demi-rente, et à l'octroi de mesures de réadaptation le cas échéant.
 36. Dans sa réponse du 20 juin 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a allégué que l'expertise pluridisciplinaire devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Toutes les atteintes à la santé du recourant avaient été prises en compte. Partant, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ne se justifiait pas.
 37. Par réplique du 14 août 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions en reprenant les arguments déjà développés. Une expertise paraissait nécessaire pour déterminer sa capacité de travail.
 38. Le 25 septembre 2017, la chambre de céans a informé les parties du fait qu'elle entendait confier une expertise au docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et leur a imparti un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à son encontre et poser des questions complémentaires.
 39. Les parties n'ayant pas fait valoir de motif de récusation ou suggéré de questions complémentaires, la chambre de céans a ordonné une expertise le 21 novembre 2017 (ATAS/1041/2017), confiée au Dr P_____.
- Elle a en substance retenu que les aspects somatiques de l'expertise des Drs J_____, K_____ et L_____ ne prêtaient pas flanc à la critique. Certes, il pouvait paraître surprenant que la Dresse K_____ ait considéré que la profession de cuisinier restait exigible tout en admettant qu'elle risquait d'entraîner de longues absences, mais cette apparente contradiction ne suffisait pas à remettre en cause son rapport. Le SMR avait du reste corrigé ce point en admettant que cette profession était désormais proscrite.
- Du point de vue psychiatrique, les conclusions quant à la capacité de travail complète, avec uniquement une baisse de rendement de 20 %, étaient insuffisamment motivées compte tenu de la sévérité des troubles mentionnés, puisque l'expert rapportait des crises d'angoisse s'étendant apparemment sur quelques jours et pouvant se transformer en crises de panique. Partant, le volet psychique de l'expertise n'emportait pas la conviction.
40. Le recourant ne s'étant pas présenté aux entretiens auxquels il avait été convoqué par le Dr P_____, ce dernier a informé la chambre de céans qu'il renonçait à la mission d'expertise lors d'un entretien téléphonique du 13 mars 2018.
 41. Invité à se prononcer sur le point de savoir s'il y avait lieu de mandater un nouvel expert, le recourant a exposé dans son écriture du 19 mars 2018 qu'il avait demandé

le renvoi du premier rendez-vous, programmé le 12 janvier 2019, car l'accouchement de son épouse était prévu le 9 janvier. Il n'avait pu honorer la convocation du 19 janvier en raison d'un problème de dos qui l'empêchait de se déplacer, et s'en était excusé auprès du Dr P_____. Il semblait préférable de mandater un autre expert.

42. Le 14 mai 2018, la chambre de céans a invité les parties à se prononcer sur la désignation à titre d'expert du docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
43. Le 6 juin 2018, le recourant a adressé à la chambre de céans un rapport d'IRM du même jour, mettant en évidence une petite hernie discale L5-S1 postéro-médiane avec petite zone de fissuration de l'anneau fibreux sans image de conflit disco-radicaire, pouvant néanmoins être à l'origine de lombosciatalgies à bascule, de très légères discopathies L2-L3 et L3-L4 sans image de conflit disco-radicaire, et une discrète arthrose interfacettaire bilatérale étagée avec discrets signes de surcharge articulaire postérieure en L4-L5 des deux côtés.
44. Les parties n'ayant pas soulevé de motifs de récusation à l'encontre du Dr Q_____, la chambre de céans lui a confié l'expertise du recourant par ordonnance du 26 juin 2018 (ATAS/580/2018).
45. Dans un compte-rendu du 29 mai 2018, Monsieur R_____, podologue, a indiqué que le recourant présentait des pieds plats, ce qui favorisait les douleurs dans les jambes et le bas du dos en station debout prolongée.
46. Dans un rapport du 29 juin 2018 le docteur S_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a conclu à des lombalgies mécaniques sur incompétence discale L5-S1. Tous les éléments étaient réunis pour proposer une stabilisation, dont l'indication dépendait de l'impact sur la qualité de vie. Une telle intervention semblait prématurée.
47. Après avoir dans un premier temps requis le report de l'expertise à une date postérieure à l'intervention neurochirurgicale suggérée, le recourant a annoncé à la chambre de céans par courrier du 17 septembre 2018 qu'il acceptait de se soumettre sans délai à l'examen du Dr Q_____.
48. Le Dr Q_____ a rendu son rapport le 26 novembre 2018.

Il y a résumé le dossier du recourant, et a relaté son entretien avec le Dr H_____. Il a en outre ordonné des examens de laboratoire, lesquels ont révélé que les taux sanguins des deux antidépresseurs se situaient en-dessous de la fourchette thérapeutique. Une observance irrégulière du traitement en était la cause la plus probable. À ces taux, il était peu probable les médicaments aient une efficacité pharmacologique réelle.

L'expert psychiatre a relaté l'historique du recourant. Dans ce contexte, il a notamment souligné que ce dernier avait déclaré ne plus avoir travaillé après 1997. Confronté aux données du dossier, il reconnaissait toutefois avoir travaillé en Iran, lorsqu'il y était retourné entre 2005 et 2009 comme « conseiller » dans un

restaurant. Il admettait aussi avoir travaillé dans un restaurant iranien à Genève en 2010, à son retour d'Iran, pendant un mois. Selon ses dires, il se bornait à donner des conseils en cuisine au gérant. Il admettait également avoir été vendeur de voitures au début des années 2000, travail irrégulier soumis à des variations saisonnières. Il avait trois enfants, le dernier étant âgé de 9 mois. L'entente avec son épouse était bonne, même si la vie était dure et qu'ils avaient quelquefois des problèmes, toutefois sans gravité. S'agissant de ses loisirs, il ne s'était jamais beaucoup investi dans ce domaine après son premier départ d'Iran, où il était très impliqué dans le milieu du théâtre contestataire. En Suisse, il avait eu quelques amis, mais il était maintenant sur le retrait, car il se méfiait de ses compatriotes iraniens, qui pourraient être proches du régime. Musulman, il pratiquait sa religion à domicile et allait occasionnellement à la mosquée. Il gardait des contacts téléphoniques fréquents avec sa mère, qui habitait Téhéran et qu'il allait voir environ une fois par an, et avec ses deux sœurs établies aux Pays-Bas. Il était également en contact avec un neveu à Winterthur. Il avait un abonnement dans un fitness, mais n'y allait pas beaucoup, par manque de motivation. Il disait ne pas avoir d'amis, il restait beaucoup à la maison. Il avait travaillé deux fois comme bénévole dans un festival de films. Il avait beaucoup aimé cet engagement, mais il avait été gêné par des douleurs au dos. Il avait passé les deux dernières années à écrire en français une pièce de théâtre sur la situation des migrants, inspirée de son vécu. Il lui avait été très pénible de se confronter à des souvenirs pénibles, il avait beaucoup pleuré pendant ce travail, mais il avait réussi à terminer l'ouvrage. Il avait parlé de sa pièce à une comédienne et un metteur en scène, qui s'y étaient intéressés. Il avait l'espoir que cette pièce puisse être montée. Il avait une voiture qu'il conduisait sans problème, y compris pour de longs trajets. Il s'était ainsi rendu en voiture aux Pays-Bas pour voir ses deux sœurs en 2018. Ses journées étaient vouées à amener et chercher ses deux aînés à l'école et préparer leur repas de midi. Lorsqu'il n'était pas bien, il s'allongeait au salon une ou deux heures le matin. Il regardait la télévision, écoutait de la musique ou allait sur internet, mais pas longtemps, car il n'était pas concentré. Il contribuait à l'entretien du logement et faisait les courses avec sa femme. Le week-end, il faisait des promenades en famille. L'été, il partait en vacances en voiture.

Le Dr Q_____ a noté qu'il n'était pas facile de repérer le début de l'affection actuelle. Depuis son arrivée en Suisse en 1990, le recourant avait souffert de « dépression » à plusieurs reprises, épisodes caractérisés par un moral effondré, un manque d'énergie et de motivation, des idées noires et des troubles du sommeil. En général, il était sorti de ces épisodes aigus, mais depuis une vingtaine d'années, il persistait un fond de pessimisme et de fatigue, auquel s'ajoutaient une inquiétude diffuse et l'envahissement du sommeil et parfois de la vie éveillée par des souvenirs traumatiques. Le dernier moment dépressif remontait à l'été 2018 lorsque le recourant était seul à Genève et travaillait sur sa pièce. Cet épisode avait passé avec le retour de sa famille et la fin du travail d'écriture. Actuellement, la situation était

plutôt stagnante. Le traitement comprenait des entretiens mensuels et occasionnellement des contacts téléphoniques à la demande avec le Dr H_____.

Le recourant disait ne pas pouvoir travailler en raison de la fatigue et des douleurs physiques qui s'aggravaient avec l'activité. Il ne s'estimait pas capable de fournir une activité professionnelle régulière à plein temps, mais il aimait s'occuper et il était à la recherche d'une activité à 20 ou 30 %. Il pourrait être chauffeur, car il avait passé le permis de conduire un minibus en 2014. Il se plaignait en outre d'une mémoire parfois mauvaise et d'une humeur « pas terrible ». L'envie, l'intérêt et le plaisir étaient conservés. Il ruminait des pensées négatives. Il ne signalait pas d'idées suicidaires. L'appétit était diminué l'été et le sommeil très perturbé.

Après avoir rapporté ses constatations cliniques, le Dr Q_____ a retenu plusieurs symptômes subjectifs de la série dépressive, présents selon l'anamnèse et le dossier depuis de nombreuses années : fragilité chronique de l'humeur, fatigue, vision négative de soi et de l'environnement et troubles du sommeil, de l'appétit et de la libido. Le syndrome somatique de la dépression était absent. Du point de vue objectif, il y avait peu d'éléments hormis une hygiène corporelle un peu négligée et une impression de lassitude et de léger ralentissement moteur, qui pouvait toutefois être imputable aux problèmes ostéo-articulaires, car il concernait surtout la démarche. La tristesse n'était pas objectivable, les intérêts et projets (enfants, travail théâtral) étaient conservés, il n'y avait pas de culpabilité irrationnelle, ni d'altération de l'état général ou de perte de poids. Il s'agissait donc d'un syndrome dépressif principalement subjectif, chronique puisqu'il durait depuis plusieurs années. Au jour de l'expertise, il n'atteignait probablement pas le degré d'un véritable épisode dépressif au sens de la CIM-10. Il s'agissait plutôt d'une dysthymie, à savoir un syndrome dépressif modéré, surtout subjectif et chronique. Il était vraisemblable que dans le passé, à certains moments de solitude et de difficultés sociales importantes, le seuil de l'épisode dépressif ait été atteint. C'était ce qu'indiquait l'anamnèse et ce que confirmait le psychiatre traitant. Ces éléments paraissaient plausibles à l'expert, qui admettait dès lors le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Le Dr L_____, dont les constatations étaient à peu près superposables à celles du Dr Q_____, n'avait pas retenu de trouble de l'humeur et intégrait ces manifestations au diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'examen révélait également diverses manifestations anxieuses depuis de nombreuses années, principalement subjectives, comme l'étaient habituellement ces symptômes. Il existait des attaques de panique caractérisées, surtout spontanées, sans déclencheur identifié, comprenant des manifestations physiques telles que tachycardie, palpitations, transpiration, dyspnée, et des scénarios-catastrophes avec impression de mort imminente par attaque cardiaque. De tels épisodes étaient documentés depuis 1996 et continuaient à motiver des consultations en urgence. Le recourant déclarait ainsi s'être rendu à la Clinique des Grangettes une semaine auparavant pour s'assurer de l'état de son cœur. La survenue d'attaques de panique

inopinées et la crainte persistante de ces attaques justifiaient le diagnostic de trouble panique. Le Dr L_____ avait également intégré les angoisses au diagnostic de modification durable de la personnalité. Le Dr Q_____ estimait quant à lui qu'un trouble panique devait être diagnostiqué indépendamment d'une pathologie de la personnalité, car ses symptômes dépassaient clairement ceux d'une altération de la personnalité. En sus des épisodes d'anxiété aiguë, il existait chez le recourant un fond chronique d'anxiété diffuse, comprenant subjectivement de l'inquiétude, des perturbations du sommeil, la survenue intempestive et récurrente de souvenirs d'événements traumatiques, un état d'hypervigilance ou encore de mini-rituels de vérification. On constatait que le recourant gardait à portée de main une bouteille pour se désaltérer, ce qui était un indice objectif en faveur d'une anxiété chronique. Pour cette constellation de manifestations anxieuses polymorphes, l'expert retenait le diagnostic d'anxiété généralisée. Le comportement d'évitement n'était pas assez prononcé pour parler de phobie et les rituels trop fugaces pour évoquer un trouble obsessionnel-compulsif.

La question de l'existence d'un état de stress post-traumatique (ESPT) se posait eu égard à l'anamnèse. Ce diagnostic était toutefois écarté par l'expert, car ses deux éléments cardinaux, soit les *flash-backs* et l'évitement des stimuli liés aux traumatismes, ne paraissaient pas assez caractérisés. Le recourant évoquait bien la remémoration récurrente de souvenirs de torture ou de bombardements, mais il semblait s'agir de souvenirs plutôt que de véritables flash-backs, c'est-à-dire d'«éclats» sensoriels non intégrés dans la mémoire, reproduisant certaines sensations perçues lors du traumatisme et provoquant des bouffées d'émotion visible, que l'expert n'avait pas constatées lors de leur évocation. L'évitement était peu présent, voire absent. Le recourant avait abordé spontanément ce sujet lors de l'examen et il avait écrit une pièce relatant certaines expériences traumatisantes vécues. Par ailleurs, il était retourné vivre en Iran peu après l'obtention du passeport suisse et s'y rendait régulièrement. Il existait un certain degré subjectif d'hypervigilance, qui restait de degré modéré puisque non objectivé lors de l'examen. Enfin, il n'y avait pas de véritable distance émotionnelle ou d'émoussement affectif, puisque le recourant s'était remarié et avait fondé une famille. Le recourant présentait en outre plusieurs facteurs plaçant en faveur d'une fragilité structurelle de la personnalité antérieure au vécu traumatique. L'anamnèse révélait en effet des éléments fragilisants survenus pendant la constitution de la personnalité, tels que des antécédents psychiatriques familiaux, des carences affectives et matérielles durant l'enfance et l'adolescence, des abus sexuels au début de l'adolescence et des facteurs de stress majeurs à la fin de l'adolescence. Ces facteurs paraissaient expliquer une certaine fragilité structurelle de la personnalité, qui se manifestait par une vulnérabilité de l'estime de soi et rendait compte de la mauvaise gestion des conflits professionnels en Suisse. Le comportement du recourant suggérait de fortes attentes vis-à-vis de l'extérieur, autrement dit une certaine dépendance. Il ne s'agissait pas d'un trouble de la personnalité au sens clinique, dans la mesure où les épisodes anxieux et dépressifs survenus à l'âge

adulte étaient imputables au moins autant aux facteurs de stress vécus à un moment où la personnalité était constituée qu'à la fragilité de la personnalité préexistante. Le code Z 73.1, soit des traits de la personnalité problématiques, en l'espèce de type dépendants, était ainsi retenu pour qualifier la fragilité de la personnalité. Les codes Z de la CIM-10 n'étaient pas des diagnostics médicaux au sens strict, mais des problèmes pouvant contribuer à des atteintes à la santé. À la probable fragilité structurelle de la personnalité s'étaient ajoutées les blessures psychiques dues à d'autres facteurs de stress majeurs à l'âge adulte, comme l'arrestation de ses collègues de travail, la mort brutale de son frère aîné par suicide et la responsabilisation par rapport aux enfants de ce dernier, la fuite de son pays dans des conditions périlleuses et le déracinement familial, social, culturel et linguistique. Le Dr Q_____ excluait le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe pour trois raisons. La première tenait à la difficulté à poser ce diagnostic, qui avait disparu dans la CIM-11 et ne figurait pas dans les DSM-IV et DSM-V. En effet, les critères diagnostiques étaient peu spécifiques. Par ailleurs, il exigeait en principe que la modification de la personnalité soit attestée par un tiers bien informé, ce qui était rarement possible, y compris dans le cas présent. Enfin, les critères requis par la CIM-10, que l'expert a exposés et commentés, ne paraissaient pas remplis chez le recourant.

Les diagnostics étaient les suivants, par ordre décroissant d'importance fonctionnelle : trouble panique (F 41.0) (gravité moyenne), anxiété généralisée (F 41.1) (gravité moyenne), dysthymie (F 34.1) (gravité légère à moyenne), trouble dépressif récurrent en rémission (F 33.4), actuellement sans répercussion fonctionnelle, mais avec un potentiel de rechute. Le code Z 73.1 de probable accentuation de traits de la personnalité concourait aux répercussions fonctionnelles des affections diagnostiquées.

Ces atteintes entraînaient les limitations suivantes. Le trouble panique se manifestait par des crises anxieuses récurrentes, qui pouvaient empêcher le recourant de s'éloigner du domicile ou de se lancer dans certaines entreprises par peur de paniquer. Dans le cas du recourant, il était probable qu'il appréhende de se retrouver au milieu d'un groupe dans le cadre professionnel. L'évitement des grandes distances n'était pas très prononcé, puisqu'il conduisait sans problème sur de longues distances. L'anxiété généralisée minait son énergie en occupant son esprit par des ruminations anxieuses récurrentes et en l'empêchant de dormir normalement, et ébranlait aussi sa confiance en lui, tout comme le trouble panique. La dysthymie avait des répercussions assez semblables à celles de l'anxiété généralisée : elle diminuait l'énergie disponible, la motivation et la capacité de se projeter vers l'avenir. La capacité de s'engager dans des projets d'envergure et de les réaliser était préservée. Le trouble dépressif récurrent en rémission n'était à l'heure actuelle pas limitant, mais la crainte d'une rechute était un facteur anxigène supplémentaire. Enfin, la fragilité de la personnalité, notamment les traits dépendants, était un facteur de difficultés d'intégration dans les groupes sociaux.

Les limitations fonctionnelles de chaque affection étant étroitement imbriquées, il ne paraissait pas possible d'établir une limitation de la capacité de travail pour chacune d'elles. En tenant compte de ces limitations, mais aussi des capacités restantes, notamment l'énergie et la motivation déployées par le recourant dans certains domaines, l'incapacité de travail était de l'ordre de 35 %. Une incapacité de travail au moins partielle existait vraisemblablement depuis de nombreuses années, mais n'avait pas été documentée de manière précise avant le premier rapport du Dr H_____, qui faisait remonter l'incapacité de travail à janvier 2012. Le Dr Q_____ proposait de retenir cette date pour le début de l'incapacité de travail. Depuis, il y avait certainement eu des fluctuations de l'état clinique, mais on pouvait considérer que cela n'avait pas modifié significativement et durablement la capacité de travail moyenne.

La différence d'appréciation de l'incapacité de travail avec le Dr L_____, qui l'avait estimée à 20 %, pouvait s'expliquer par le fait que celui-ci n'avait pas retenu de troubles dépressif et anxieux spécifiques. Quant au Dr H_____, son appréciation supérieure résultait probablement de la qualification de l'importance du trouble dépressif. Selon le Dr Q_____, la capacité d'investir des intérêts, y compris à long terme (fonder une famille, avoir des enfants, écrire et faire monter une pièce de théâtre) et de réaliser certaines activités (écrire la pièce, voyager à l'étranger, se rendre chaque mois au Tessin pour voir son psychiatre) étaient des indices qui parlaient contre l'existence d'un véritable épisode dépressif durable, car la gravité d'une telle affection diminuait très fortement les envies et la capacité de les réaliser.

S'agissant des recommandations thérapeutiques, il était indispensable de préserver la relation de confiance du recourant avec son psychiatre traitant. L'efficacité du traitement médicamenteux était impossible à évaluer en raison des taux sanguins infra-thérapeutiques. Sur ce plan, il y avait eu une légère amélioration de l'état thymique depuis l'expertise de juillet 2015. Une psychothérapie cognitivo-comportementale ciblée sur le trouble chronique de l'humeur et sur les troubles anxieux serait indiquée en complément si la pharmacothérapie à des taux efficaces s'avérait insuffisante.

Les troubles psychiques étaient chroniques. Leur ancienneté et leur appui sur des traits de personnalité étaient des facteurs de mauvais pronostic. Ces troubles devaient être considérés comme durablement incapacitants. Une réévaluation était indiquée dans les deux ans, notamment pour apprécier si une pharmacothérapie bien suivie amenait un changement.

Il n'y avait pas d'indication à des mesures de réadaptation sur le plan psychiatrique. Le Dr Q_____ s'écartait de l'avis du Dr B_____, lequel avait retenu en 1996 que l'activité de cuisinier était trop stressante.

L'expert s'est enfin prononcé sur les critères de gravité des troubles psychiques récemment établis par la jurisprudence, notant que le traitement avait permis une

légère amélioration de la dépression. S'agissant de l'indicateur relatif à la cohérence, il notait un écart entre certaines limitations alléguées et les performances que le recourant signalait. Quant au poids des souffrances, l'authenticité des plaintes ne faisait aucun doute.

49. Le 10 janvier 2019, l'intimé s'est déterminé sur l'expertise du Dr Q_____. Il a souligné que la jurisprudence prévoyait désormais de nouveaux indicateurs pour analyser l'effet invalidant de troubles psychiques. En l'espèce, le Dr Q_____ avait diagnostiqué une dysthymie, laquelle excluait une quelconque gravité fonctionnelle de l'atteinte. Eu égard aux taux d'anti-dépresseurs inférieurs au seuil thérapeutique et à la psychothérapie avec le Dr H_____, on ne pouvait retenir d'échec du traitement. Le recourant ne présentait en outre pas de trait de la personnalité pathologique, et ses capacités psychiques et neuro-psychologiques étaient conservées. S'agissant de sa famille, le Dr Q_____ avait évoqué une bonne entente conjugale. Le recourant avait conservé des contacts téléphoniques avec sa mère, qu'il allait voir une fois par an, et avec ses sœurs aux Pays-Bas. Il s'occupait de ses enfants, les emmenait à l'école, faisait les courses, contribuait à l'entretien du ménage et préparait parfois les repas. Partant, il n'existait pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie, et il disposait d'indéniables ressources.

Il a produit l'avis de la docteure T_____, médecin au SMR, laquelle qualifiait les conclusions de l'expertise de précises, bien motivées et convaincantes.

50. Dans son écriture du 15 février 2019, le recourant a contesté la position de l'intimé, qui allait à l'encontre des conclusions de l'expert. Ce dernier avait examiné la capacité de travail sous l'angle des limitations psychiques sans prendre en considération ses nombreuses limitations physiques. En tenant compte également de ces dernières, il était difficile de ne pas admettre une incapacité de travail de 50 % au moins. Il conviendrait de disposer d'un avis médical sur la capacité de travail dans sa globalité. Il apparaissait en outre difficile de concevoir une activité suffisamment adaptée à ses difficultés. Partant, le recourant persistait dans ses conclusions.
51. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 18 février 2019.
52. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La chambre de céans a déjà admis sa compétence et la recevabilité du recours, dont elle a également défini l'objet, dans son ordonnance du 21 novembre 2017.

On peut y renvoyer.

2. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de

travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

3. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b. 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

4. Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

Le Tribunal fédéral a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des

différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais elle peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

5. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). 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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet

de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

6. a. La chambre de céans s'est déjà déterminée sur la valeur probante de l'expertise des Drs J_____, K_____ et L_____ dans son ordonnance du 21 novembre 2017 (ATAS/1041/2017).

On peut confirmer ici l'appréciation qu'elle en a faite, dont il n'existe pas de motif de se distancer.

En particulier, s'agissant des plaintes somatiques, le recourant ne fait pas valoir que l'intervention évoquée par le Dr S_____ en 2018 aurait entraîné une incapacité de travail durable, et on ignore du reste si elle a eu lieu. Contrairement à ce qu'il affirme, une nouvelle évaluation de sa capacité de travail au plan physique ne s'impose pas.

Pour ce qui a trait au volet psychiatrique, on peut également renvoyer aux motifs qui ont conduit la chambre de céans à écarter les conclusions du Dr L_____.

b. S'agissant du rapport du Dr Q_____, il est fondé sur une étude approfondie du dossier, complétée par un entretien avec le médecin traitant du recourant et des examens de laboratoire. Il comporte une anamnèse fouillée et détaille les constatations objectives. L'expert s'est en outre expliqué des divergences avec ses confrères s'agissant des atteintes retenues, en indiquant les critères diagnostiques sur lesquels il se fondait. Ses conclusions quant à la capacité de travail du recourant sont en outre motivées.

Les arguments de l'intimé – qui s'écarte du reste de l'avis de son propre service médical – ne suffisent pas à remettre en cause la force probante de l'expertise judiciaire. En effet, contrairement à ce qu'il semble affirmer, le Dr Q_____ a bien analysé la situation du recourant à l'aune des nouveaux indicateurs jurisprudentiels, et il s'est notamment prononcé sur la cohérence. Il a noté dans ce cadre une discrédance entre les plaintes et les capacités du recourant et en a dûment tenu compte, puisqu'il a admis que le recourant conservait une capacité de travail substantielle.

L'estimation de la capacité de travail par le Dr H_____ – dont le degré de motivation ne satisfait du reste pas les exigences en la matière – ne suffit pas non plus à s'écarter des conclusions du Dr Q_____, qui a motivé les différences d'appréciation. En outre, le Dr H_____ annonçait lui-même en mars 2013 qu'une activité adéquate devait être possible à long terme, et il ne s'est pas prononcé sur la capacité de gain du recourant en février 2015.

Partant, l'expertise du Dr Q_____ revêt une pleine valeur probante. La chambre de céans se ralliera à son appréciation, selon laquelle le recourant présente une incapacité de travail de 35 % dans toute activité depuis janvier 2012.

7. Il convient ainsi de procéder au calcul du degré d'invalidité du recourant. Le droit à la rente naissant au plus tôt une année après le début de l'incapacité de travail,

conformément au délai de carence prévu à l'art. 28 LAI, l'année déterminante pour le calcul du droit à la rente est 2013.

Il convient de suivre l'intimé en tant qu'il retient que le recourant aurait poursuivi son activité de cuisinier sans atteinte à la santé. S'agissant du revenu sans invalidité, on peut ainsi recourir au revenu statistique correspondant tiré de l'ESS 2012 (TA1_tirage_skill_level, Lignes 55-56 Hébergement et restauration). Il y a cependant lieu de retenir une activité de niveau 2 afin de tenir compte du CFC du recourant, plutôt qu'un poste de niveau 1 englobant les activités simples et répétitives accessibles sans formation. Ce revenu s'élève à CHF 4'230.- par mois et CHF 50'760.- par an, ce qui correspond à CHF 53'341.- une fois indexé et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2013.

Quant au revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, le niveau de compétences 1, toutes activités confondues, des ESS dès 2012 s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante mais qui conservent néanmoins une capacité de travail dans des travaux légers. Il est représentatif du revenu que ces assurés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière si ce n'est une mise au courant initiale, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3). C'est ainsi à juste titre que l'intimé s'est référé à ce revenu après invalidité, soit CHF 5'210.- par mois et CHF 62'520.-, et CHF 65'698.- par an après indexation et adaptation à la durée normale de travail en 2013. Compte tenu de la capacité de travail de 65 %, le revenu après invalidité est ainsi de CHF 42'703.70 avant déduction statistique.

Reste à déterminer l'abattement à appliquer à ce revenu, étant rappelé que savoir s'il convient de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des circonstances du cas particulier est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_553/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève en revanche du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). En l'espèce, l'intimé n'a opéré aucun abattement sur le revenu d'invalidé dans son calcul du 23 novembre 2015, sans guère avancer d'arguments étayant sa position. Pourtant, au vu des circonstances, une telle déduction est justifiée.

Selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment du droit à la rente pour procéder à un abattement. L'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen du cas concret, les possibles effets pénalisants au plan 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 du

17 mai 2018 consid. 5). Par ailleurs, l'absence prolongée du marché du travail n'est pas déterminante dans le contexte d'une activité adaptée relevant de tâches manuelles simples, comme prise en référence à l'ESS 2014, niveau 1 (arrêt du Tribunal fédéral 9C 17/2018 du 17 avril 2018 consid. 4.3 et les références). Le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

Une réduction se justifie pour les hommes occupés à temps partiel pour des raisons de santé, dès lors qu'une activité à temps partiel est statistiquement moins bien rémunérée qu'une activité à temps complet (arrêt du Tribunal fédéral 9C_40/2011 du 1^{er} avril 2011 consid. 2.3.1).

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

On peut notamment citer la casuistique suivante : le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 10 % dans le cas d'une assurée âgée de plus de 60 ans et inactive depuis 14 ans, dont la capacité de travail était de 70 % dans des activités légères adaptées à ses affections physiques et psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_391/2017 du 27 novembre 2017 consid. 5). Il a réduit à 10 % la déduction du salaire statistique d'un assuré né en 1965, souffrant de cervicalgies chroniques secondaires à une détérioration dégénérative, en soulignant que les limitations fonctionnelles présentées (pas de port de charges supérieures à 5 kilos, pas de position prolongée en flexion de la colonne vertébrale) étaient courantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.4). Notre Haute Cour a en outre confirmé l'abattement de 10 % pour un assuré âgé de 57 ans lors de la naissance du droit à la rente, et dont la capacité de travail s'élevait à 72 % dans une activité alternant les positions et sans port de charges lourdes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.4.2). Elle a fait de même pour un assuré sans formation professionnelle, dont les limitations fonctionnelles consistaient en mesures classiques d'épargne de la nuque, capable de travailler à 100 % avec une diminution de rendement de 20 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.2 et 8.1). Elle s'est écartée de la déduction augmentée à 25 % par l'instance inférieure s'agissant du revenu après invalidité d'un assuré ayant une capacité de travail de 50 % dans une activité de type semi-

sédentaire, n'impliquant pas le port de charges excessives et permettant de varier les positions. Ce faisant, elle a souligné que ni les limitations fonctionnelles, ni l'âge (55 ans) ne jouaient un rôle significatif, et elle s'est ralliée à l'abattement de 15 % initialement appliqué par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 5).

Dans le cas d'espèce, en application de la jurisprudence citée, on peut admettre au vu des circonstances concrètes une déduction globale maximale de 15 % au vu de l'âge du recourant, de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail partielle. Elle porte le revenu après invalidité à CHF 36'298.-.

La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité à 31.95 %, arrondi à 32 % selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3). Ce taux n'ouvre pas droit à une rente.

Il n'est pas inutile de souligner que même un abattement de 20 % ne conduirait pas à l'octroi d'une rente, puisqu'il porterait le degré d'invalidité à 35.95 %.

Dès lors que les activités sur lesquelles se fonde le revenu d'invalidité sont accessibles sans formation préalable, le recourant ne peut pas non plus prétendre à des mesures de réadaptation.

La décision de l'intimé doit ainsi être confirmée.

8. Le recours est rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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