



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3296/2016

ATAS/885/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 septembre 2019

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à BERNEX,
représenté par Syndicat SIT

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1980 et originaire du Kosovo, est venu s'établir en Suisse en 2007. Après un apprentissage en tant que peintre et plâtrier au Kosovo, il a travaillé en Suisse dans ces activités pour plusieurs entreprises, en dernier lieu en tant qu'aide-peintre pour C_____ Sàrl jusqu'au 19 juin 2015 avec un salaire-horaire de CHF 27.55 pour quarante heures par semaine.
2. Le 8 octobre 2011, l'intéressé est tombé, après s'être tordu la cheville, et s'est fracturé le quinzième métatarsien droit, fracture qui s'est compliquée par la suite par une algodystrophie.
3. L'intéressé se plaignant d'une coxalgie et d'une adénite droite, une arthro-imagerie par résonance magnétique (IRM) a été pratiquée en avril 2013, mettant en évidence un conflit fémoro-acétabulaire, une déchirure du labrum antéro-supérieur et une délamination du cartilage de la cotyle antéro-postérieure.
4. L'incapacité de travail totale a été attestée suite à l'accident durant la période du 6 octobre 2011 au 31 mars 2013 et a été reconduite pour cause de maladie dès le 1^{er} avril 2013.
5. Dans son courrier du 22 mai 2013 au docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecine manuelle et médecine générale, le Dr E_____ du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a fait état de ce que l'arthro-IRM avait confirmé la présence d'un conflit fémoro-acétabulaire avec un épaulement de la jonction tête-col, une déchirure labrale et une délamination du cartilage antéro-supérieur du cotyle sur environ 10mm. L'origine des douleurs du patient à la hanche était en relation avec cette coxarthrose en interligne conservée. Après des séances de physiothérapie, l'assuré ne présentait plus de douleurs et il était ainsi difficile de le convaincre pour une option chirurgicale. Si les douleurs revenaient, l'option chirurgicale serait une arthroscopie de sa hanche avec une réinsertion du labrum et une résection de la partie proéminente de la jonction tête-col.
6. Le 8 juillet 2013, l'assuré a fait l'objet d'une expertise par le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Clinique Corela, sur mandat de l'assurance perte de gain de l'employeur. Les diagnostics de l'expert sont une fracture du cinquième métatarsien droit et des algies inorganiques de tout le membre inférieur droit. La fracture avait atteint le stade de status post. En dépit de petits signes à l'arthro-IRM, notamment des anomalies du bourrelet cotyloïdien et une délamination cartilagineuse des cartilages fémorales, l'expert a exclu un conflit fémoro-acétabulaire de la hanche, tout en relevant que l'assuré était très démonstratif lors de l'examen clinique. L'expert a en outre fait état d'une discrète hernie inguinale bilatérale et de varices des membres inférieurs, opérées en novembre 2012, lesquelles avaient atteint le stade de status post. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle d'origine médicale et la capacité de travail était de 100 % dès le 10 juillet 2013.

7. Dans son rapport du 1^{er} juin 2014, le docteur G_____ du service de chirurgie viscérale des HUG a exclu une hernie inguinale bilatérale et a retenu une probable origine ostéo-musculaire des douleurs inguinales. Il n'y avait ainsi pas d'indication opératoire. Au demeurant, la symptomatologie douloureuse était en diminution et pouvait être liée aux lésions articulaires de la hanche droite.
8. Selon le courrier du 22 septembre 2014 du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'examen clinique confirmait l'origine articulaire des douleurs en relation avec la lésion du labrum. Ce médecin a longuement discuté avec l'assuré des possibilités chirurgicales et des résultats que l'on pouvait en attendre. Néanmoins, l'assuré semblait opposé à toute idée d'intervention chirurgicale.
9. Selon le rapport du 2 octobre 2014 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, l'assuré souffrait de douleurs chroniques du pli inguinal et du membre inférieur droit. Ces douleurs, s'étendant à la région paralombaire et au niveau de la fesse droite lors d'efforts importants, étaient apparues progressivement suite à son accident. Elles étaient omniprésentes, insomniantes et déclenchées ou aggravées par la mobilisation de la hanche droite, par la marche, par le port de charges lourdes, par la station debout prolongée et par l'application de chaud, et soulagées par le repos et par le décubitus dorsal. Lors d'un examen angiologique en avril 2012, une varice de la petite saphène droite était objectivée, motivant une cure par stripping le 5 décembre 2012 avec un bon résultat sur les douleurs du mollet et de la cheville droite, ainsi que sur l'œdème du membre inférieur droit, mais sans incidence sur les autres douleurs. Dans l'anamnèse psychosociale est décrit une tristesse occasionnelle sans idées noires ou idéation suicidaire. L'assuré se disait fâché des évaluations précédentes, car les spécialistes n'avaient pas posé de diagnostic clair. Lors de l'évaluation audit centre, il existait encore des signes évidents d'algoneurodystrophie au niveau du pied et de la cheville droite (trouble trophique, œdème, sudations profuses), lesquels expliquaient en grande partie la persistance de douleurs à ces niveaux et étaient aussi à l'origine d'un abaissement général du seuil de la douleur. Les médecins ont fait des propositions d'amélioration du traitement médicamenteux et ont encouragé le patient à reprendre progressivement les exercices en piscine qu'il pratiquait auparavant, et à augmenter régulièrement le périmètre de marche malgré la douleur, afin d'éviter un déconditionnement physique. Des séances de physiothérapie devraient également être prescrites au moins une fois par année avec enseignement d'exercices à visée antalgique et de relaxation. L'assuré sera par ailleurs convoqué à un essai de TENS (stimulation électrique nerveuse trans-cutanée) au niveau de la hanche droite. L'assuré a exprimé une réticence à se faire opérer au niveau de la hanche droite et a affirmé à plusieurs reprises, sa volonté de rester actif professionnellement et d'augmenter l'activité physique dans sa vie privée.

10. Le 17 octobre 2014, le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur a procédé à un essai de TENS. Cet essai a été rapidement interrompu en raison d'une aggravation des douleurs.
11. En octobre 2014, l'assuré a repris le travail.
12. Depuis le 22 juin 2015, une incapacité de travail totale était attestée.
13. Selon le rapport relatif à un scanner de l'abdomen du 5 août 2015, l'assuré présentait une hernie inguinale indirecte gauche de contenu graisseux.
14. L'assuré ayant de nouveau été mis à l'arrêt de travail, après être retourné travailler chez son employeur, il a été soumis à une nouvelle expertise le 19 août 2015 par le docteur I_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie FMH, à la demande de l'assureur perte de gain de l'employeur. Dans son rapport du 20 août 2015, l'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de douleurs du pli inguinal droit chroniques dans le contexte d'une déchirure du labrum, d'une délamination du cartilage du cotyle antéro-supérieur d'environ 10 mm et d'éléments en faveur d'un conflit fémoro-acétabulaire droit, ainsi que de suspicion d'une hernie crurale droite. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle, les douleurs s'étant nettement atténuées. Toutefois, le risque de récurrences de douleurs plus marquées était grand, compte tenu des lésions de la hanche droite. Dans une activité adaptée, essentiellement effectuée en position assise, la capacité de travail était totale. La capacité de travail pouvait être améliorée par une arthroscopie. Selon l'anamnèse, l'assuré avait développé, après son accident en 2011, des douleurs de la racine du membre inférieur droit qui avaient conduit à de multiples investigations et à de multiples avis de différents spécialistes. Le docteur E_____ avait suggéré une prise en charge chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie. L'assuré semblait avoir repoussé à plusieurs reprises cette indication chirurgicale, notamment sur conseil de l'orthopédiste qui l'avait expertisé en juillet 2013. La situation était encore plus compliquée par la présence, toutefois non confirmée, d'une possible hernie crurale droite que le chirurgien orthopédiste des HUG souhaiterait faire opérer avant qu'il n'intervînt par une arthroscopie au niveau de la hanche droite. Selon le Dr I_____, il serait souhaitable que le patient pût être opéré de la lésion du labrum et du conflit fémoro-acétabulaire. Il a ainsi invité l'assuré à recontacter les chirurgiens digestifs afin qu'ils déterminassent si oui ou non il présentait une hernie inguinale et si celle-ci devait le cas échéant être opérée, puis le Dr E_____ pour planifier une arthroscopie au niveau de la hanche droite. Il était préférable que l'assuré fût d'abord opéré avant une reprise d'activité complète dans son travail de peintre en bâtiment.
15. Dans leur rapport du 17 septembre 2015, les Drs E_____ et J_____ ont fait état de ce que l'assuré présentait des douleurs pulsatiles au niveau du pli de l'aîne à droite pour des raisons peu claires. Il avait bénéficié d'une intervention au niveau du pli de l'aîne à droite pour un problème vasculaire, laquelle avait aggravé les

douleurs à ce niveau, selon ses dires. Dès lors que les douleurs étaient localisées le jour de la consultation au niveau du flanc droit plutôt qu'au pli de l'aîne, il semblait peu probable que leur origine provînt d'un problème de hanche. Ces médecins ont proposé à leurs collègues de la chirurgie viscérale et de la chirurgie cardiovasculaire de revoir l'assuré pour déterminer l'origine exacte des douleurs.

16. Dans son rapport du 23 septembre 2015, le docteur K_____ du service de chirurgie viscérale des HUG a constaté une hernie inguinale bilatérale, probablement indirecte, pour laquelle il a retenu l'indication pour une cure de hernie inguinale bilatérale qui pourrait régler le problème de l'éventuelle hernie crurale du côté droit. Toutefois, il préconisait d'effectuer d'abord l'arthroscopie éventuellement indiquée.
17. Selon le rapport du 22 octobre 2015 du Dr D_____, l'assuré présentait des varices à la jambe droite opérées, une hernie inguino-crurale droite et un labrum déchiré de la hanche droite. La continuation d'une activité physique dans le bâtiment était difficile, à plus ou moins long terme. L'assuré avait repris le travail depuis le 1^{er} octobre 2015 à 100 %, avec une réserve.
18. Selon le rapport du 14 décembre 2015 du Dr K_____, il n'y avait ni une indication à une arthroscopie, selon le Dr E_____, ni une indication opératoire à réaliser une cure de hernie. En l'absence de solution aux douleurs au niveau chirurgical, le Dr K_____ a recommandé à l'assuré de voir l'équipe de la douleur et éventuellement un rhumatologue. L'assuré avait par ailleurs repris le travail à 50%, mais était de nouveau en arrêt de travail après un mois.
19. Par courrier du 7 janvier 2016, l'assurance perte de gain a fait savoir à l'assuré que, moyennant une adaptation de son traitement recommandée par l'expert, il pourrait retrouver une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. En vertu de l'obligation de diminuer le dommage, il devait participer au traitement préconisé. En tout état de cause, il présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, soit toute activité en position essentiellement assise. Cela étant, il était exigible que l'assuré changeât d'activité. Dans l'intervalle, une indemnité journalière de transition lui sera accordée jusqu'au 27 mars 2016. Dès lors que sa perte de gain dans une activité adaptée n'était que de 6%, selon le calcul de cette assurance, il n'avait plus droit aux prestations à partir de cette date. S'il ne trouvait pas d'emploi adapté d'ici au 28 mars 2016, il devrait s'inscrire à l'assurance-chômage.
20. Par demande reçue le 21 janvier 2016, l'assuré a requis les prestations de l'assurance-invalidité.
21. Dans son rapport du 28 janvier 2016, le Dr D_____ a mentionné dans les limitations le port de charges lourdes et la station prolongée debout. Les limitations ne pouvaient être réduites par des mesures médicales, de sorte qu'on ne devait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Le pronostic d'une reprise de travail dans le bâtiment était mauvais.

22. Selon le rapport du 24 février 2016 du professeur L_____ et du docteur M_____ du service de rhumatologie des HUG, l'assuré semblait souffrir de douleurs mécaniques du pli inguinal droit, en amélioration depuis qu'il était en arrêt de travail, soit juin 2015. Au moins deux tentatives de reprise de travail à 100% et à 50% ont échoué. Il n'y avait pas d'explication claire pour les douleurs. Une origine coxofémorale semblait la plus probable, mais n'a pas été retenue par les spécialistes orthopédistes. Il a été proposé à l'assuré de revoir les consultants de la douleur, en attendant une réponse plus claire sur l'origine des symptômes.
23. Du rapport d'évaluation d'intégration professionnelle (IP) de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) du 21 avril 2016 ressort que l'assuré souhaitait être aidé pour s'orienter. Depuis le 5 avril 2016, il était pris en charge par l'office cantonal de l'emploi (OCE). Selon le collaborateur de l'OAI, il n'avait pas droit aux mesures d'ordre professionnel mais pourrait bénéficier d'une intégration professionnelle. L'assuré ne contestait pas l'exigibilité de la reprise de travail. Il s'était inscrit à l'assurance-chômage. L'OAI souhaiterait collaborer avec l'OCE pour la prise en charge d'une mesure d'orientation professionnelle et éventuellement un cours.
24. Dans la note de travail de l'OAI relative à un entretien en date du 22 juin 2016 avec l'OCE, il est indiqué qu'un soutien en intégration professionnelle était proposé. Les deux assureurs convenaient de clôturer le dossier relatif à l'intégration professionnelle à l'OAI et de laisser poursuivre l'assurance-chômage pour la mise en œuvre de ces mesures.
25. Le 22 juin 2016, l'OAI a calculé la perte de gain de l'assuré dans une activité adaptée et l'a déterminée à 1,2 %, en se fondant sur l'Enquête suisse des salaires (ESS) 2014, indexée à 2015, concernant une activité simple et répétitive, et en admettant un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles.
26. Le même jour, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser le droit aux prestations, tout en admettant une perte de gain de 9 %. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'assuré pouvait exercer une activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré du travail qui ne nécessitait pas de formation professionnelle. Son degré d'invalidité étant inférieur à 40 %, il ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité. Par ailleurs, un degré d'invalidité inférieur à 20% n'ouvrait pas non plus le droit à des mesures professionnelles de reclassement.
27. Par décision du 1^{er} septembre 2016, l'OAI a confirmé son refus de prestations.
28. Par acte déposé le 29 septembre 2016, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision et, subsidiairement, à l'octroi de mesures professionnelles de reclassement, sous suite de dépens. Se fondant sur le rapport du 14 décembre 2015 du Dr K_____, il a relevé qu'il n'y avait pas de solution à ses douleurs au niveau chirurgical. Le Professeur L_____ et le Dr M_____ avaient confirmé à nouveau que l'origine des douleurs n'était pas

clairement déterminée, et ont conseillé de consulter le Centre de la douleur, en attendant une réponse claire à l'origine des symptômes. Le recourant a reproché à l'intimé de n'avoir pas tenu compte du développement de son état de santé entre 2013 et 2016 et a conclu ainsi préalablement à ce qu'une expertise médicale par un médecin indépendant soit ordonnée, afin de déterminer de façon objective sa capacité de travail et de définir les mesures professionnelles de reclassement nécessaires. Le recourant a aussi reproché à l'OAI d'avoir insuffisamment motivé sa décision, estimant qu'il avait omis d'indiquer pourquoi il aurait une capacité de travail entière depuis 2013 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intimé n'a pas non plus mentionné quel genre d'activité adaptée il pourrait exercer. Enfin, la décision querellée était arbitraire, en ce qu'elle ne prenait pas en considération la situation médicale effective, notamment ses douleurs chroniques.

29. Dans son avis médical du 27 octobre 2016, le docteur N_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté que, selon les médecins, le recourant était décrit en bon état général. Une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux douleurs était attestée par le Dr I_____. Le Dr D_____ a aussi confirmé la nécessité d'une reconversion professionnelle. En l'absence de nouvelles pathologies, une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux douleurs devait ainsi être retenue.
30. Dans sa réponse du 27 octobre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'avis médical précité du SMR. Pour le surplus, il a exposé que les rapports médicaux du dossier n'établissaient aucun lien objectif entre les douleurs alléguées et une affection d'origine somatique. Or, selon la jurisprudence, les douleurs sans substrat médical pertinent ne pouvaient être considérées comme une atteinte à la santé à caractère invalidant. Quant aux mesures d'ordre professionnel, elles n'avaient pas été mises en place, dès lors que le recourant était inscrit au chômage et bénéficiait déjà de telles mesures.
31. Dans sa réplique du 10 novembre 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a contesté qu'il ressortît du dossier qu'il avait une capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité adaptée. Sa situation médicale était extrêmement complexe et avait nécessité pendant plusieurs années l'avis de spécialistes dans les domaines médicaux les plus divers, notamment en chirurgie viscérale, rhumatologie, chirurgie orthopédique, pharmacologie et toxicologie. Les spécialistes consultés n'étaient pas parvenus à un accord concernant la cause de son état de santé, mais s'accordaient sur le fait qu'il souffrait de douleurs chroniques invalidantes. L'avis du Dr D_____ était insuffisant pour admettre une capacité de travail dans une activité adaptée, d'autant moins que ce médecin n'était jamais parvenu à émettre un diagnostic précis, se contentant de requérir l'avis de très nombreux experts, afin que ceux-ci l'aidassent à établir un diagnostic, sans succès. Le recourant a en outre contesté la valeur probante du Dr N_____ qui ne l'avait jamais examiné et n'intervenait pas en tant qu'expert médical indépendant. Au

demeurant, ses plaintes avaient bien une origine physique, même si un diagnostic médical apparaissait difficile à établir.

32. Selon le certificat médical du 30 novembre 2016 du Dr D_____, l'état de son patient s'était aggravé depuis 2012, date de sa première opération de la veine de la jambe droite. Depuis lors s'était installée une triple pathologie dans la région de la hanche droite, à savoir un problème circulatoire, une hernie inguinale et crurale, ainsi qu'une atteinte articulaire de la hanche droite. Tout effort important étant contre-indiqué, il était nécessaire de réadapter l'assuré dans une autre activité. Enfin, une indication opératoire était actuellement réfutée.
33. Le 8 décembre 2016, le recourant a déclaré à la chambre de céans ce qui suit:

« J'ai essayé de reprendre le travail en tant que peintre, sans succès. Je ne pourrais pas travailler dans une activité assise sans port de lourdes charges, car j'ai toujours mal à la hanche. Je prends des médicaments pour la circulation et contre les douleurs (Dafalgan), ainsi qu'une pommade. Le Dafalgan me soulage sur le moment, mais par la suite la douleur revient.

Je n'ai pas de permis de conduire.

Le chômage ne m'a pas proposé de stages pour l'instant. Je n'ai pas non plus suivi des cours jusqu'à présent. »

Quant à l'intimé, il a exposé que l'assurance-chômage devrait proposer des mesures d'intégration professionnelle, selon ce qui avait été convenu avec celle-ci.
34. Le 9 janvier 2017, le conseiller en personnel de l'office régional de placement (ORP) a répondu à une demande de renseignements de la chambre de céans. Le recourant allait être pris en charge dans un programme auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) à partir du 13 février 2017 pour une évaluation métiers. Suite au refus des prestations par l'OAI, le recourant était plus motivé pour trouver une solution. Il avait aussi pris les devants en suivant un cours de français entièrement à sa charge.
35. Dans sa détermination du 13 février 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions, compte tenu notamment du fait que le recourant allait bénéficier de mesures d'ordre professionnel auprès des EPI, tout en précisant que le délai d'attente pour la mise en place de telles mesures dépendait des disponibilités des organismes.
36. Le 19 janvier 2017, le recourant a contesté l'insinuation selon laquelle il serait maintenant plus motivé à trouver une solution qu'avant la réception de la décision négative de l'intimé. Il avait au contraire toujours insisté auprès de l'ORP pour bénéficier de mesures lui permettant une éventuelle reconversion professionnelle, sans succès jusqu'à l'intervention de la chambre de céans.
37. Du 2 février au 3 mars 2017, le recourant a suivi un atelier conditionnement et publipostage aux EPI. Dans son bilan du 6 mars 2017, les EPI ont constaté qu'un changement de domaine d'activité apparaissait au recourant comme très abstrait,

d'autant plus que ses aptitudes d'apprentissage étaient réduites en raison d'une maîtrise limitée du français et des lacunes scolaires en mathématique et logique. Le recourant avait pu effectuer une activité manuelle légère compatible et adaptée à son état de santé, à savoir sans port de charges lourdes et position debout prolongée. Cependant, même dans ce cadre adapté, ses plaintes liées aux douleurs avaient été importantes, nécessitant des aménagements et une prise régulière de médication, si bien que sa productivité globale restait limitée entre 50 et 75 % au maximum. L'évolution de la situation à long terme restait inconnue. L'insertion dans le domaine de l'horlogerie pourrait être une piste intéressante. Des tests complémentaires seraient nécessaires pour valider ou écarter ce domaine, les résultats en précision du recourant ayant été inférieurs aux exigences. L'aide de l'assurance-invalidité dans le processus de réinsertion pourrait grandement l'aider à trouver une activité professionnelle adaptée à ses limitations. Il ressort par ailleurs du rapport des EPI que le recourant ne pouvait pas durablement travailler en position debout et devait souvent changer de position. La position assise n'était pas toujours bien tolérée non plus sur la durée. Les douleurs étaient vécues par le recourant comme très invalidantes, avec un impact sur sa résistance physique, son moral, sa motivation et sa capacité de concentration. Il s'était aussi plaint de douleurs à la nuque et à l'épaule lors de travaux fins. Les rendements dans une activité sérielle répétitive avaient tendance à diminuer en raison de la fatigue et de l'inconfort physique. En raison de difficultés de concentration et une importante fatigue mentale à cause des douleurs, il lui était arrivé de faire des erreurs dans l'atelier de conditionnement et publipostage. Néanmoins, le recourant avait fait de son mieux pour s'engager dans le stage et avait fourni des efforts jusqu'au bout de la mesure, ne voulant pas diminuer l'horaire prévu et allant au bout de ses limites. A la fin du stage, il aurait souhaité qu'il soit prolongé. Au niveau personnel, il avait beaucoup de mal à accepter sa situation.

38. Par courrier du 16 mars 2017, la chambre de céans a demandé à l'intimé quelle suite il entendait donner à ce dossier, afin de favoriser la réinsertion du recourant dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations.
39. Dans sa réponse du 13 avril 2017, l'intimé a refusé de suivre les recommandations des EPI, estimant qu'il existait un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif était adapté à ses limitations et accessible sans aucune formation particulière. Par ailleurs, au vu du taux d'invalidité retenu (9 %), le droit aux mesures d'ordre professionnel n'était pas ouvert. De telles mesures ne seraient en outre pas de nature à augmenter sa capacité de gain.
40. Par courrier du 8 juin 2017 au Dr D_____, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique a fait état de nombreux problèmes qui traînaient depuis des années et s'est étonné qu'ils ne fussent jamais été pris en charge chirurgicalement. Il a proposé d'adresser l'assuré à la chirurgie digestive et à la consultation de la hanche des HUG, afin de procéder à un bilan échographique, radiologique et une arthro-IRM.

41. L'échographie inguinale bilatérale réalisée le 5 juillet 2017 a mis en évidence une hernie inguinale droite avec une très vraisemblable composante crurale spontanément visible, majorée en Valsalva plus marquée que sur l'échographie précédente. Il y a aussi une petite hernie inguinale gauche visible uniquement en Valsalva.
42. Une arthro-IRM de la hanche droite réalisée le 5 juillet 2017 également, a conclu à l'absence d'un conflit fémoro-acétabulaire, de bursite et de signe de tendinopathie.
43. Après avoir envisagé dans un premier temps la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, la chambre de céans a demandé au Dr D_____ des renseignements complémentaires. Dans sa réponse du 21 septembre 2017, ce médecin a expliqué que l'assuré présentait une triple pathologie affectant le membre inférieur droit. Le problème était essentiellement articulaire (hanche), abdominale (hernie) et veineux (varice opérée). Actuellement, le tableau clinique n'avait pas changé, ce qui avait nécessité un reclassement professionnel en 2016. Se posait par ailleurs la question s'il fallait opérer la hanche ou la hernie. A ce jour, il n'y avait pas de réponse à ce problème au vu des complications éventuelles. Pour le surplus, les plaintes de l'assuré avaient un substrat organique et correspondaient aux constatations objectives. Par ailleurs, l'assuré devait alterner les positions assise et debout et était limité pour le port de charges. Cela correspondait à un taux d'activité de 50 %.
44. Lors d'un entretien téléphonique du 26 octobre 2017 de la chambre de céans avec le Dr D_____, celui-ci l'a informée avoir envoyé le recourant aux HUG en consultation. Selon ses informations, une opération des hernies inguinales lui avait été proposée, intervention que le recourant semblait toutefois refuser.
45. Par courrier du 20 novembre 2017, l'assuré a contesté qu'il refusait de se faire opérer, tout en joignant une attestation du Dr D_____ du 7 novembre 2017 dans laquelle il déclare que le recourant n'avait pas dit qu'il ne voulait pas se faire opérer. Dans ses écritures, l'assuré admettait néanmoins émettre des réserves au sujet d'une opération, étant donné que les médecins ne l'avaient jamais enjoint à se faire opérer au cours des dernières années, alors que les symptômes avaient été identiques à ceux d'aujourd'hui. Il ne comprenait ainsi pas très bien pourquoi il devrait se faire subitement opérer et aimerait des garanties qu'une telle opération améliorerait réellement son état. Son dossier médical ne lui semblait justement pas clair. Il avait un sentiment d'injustice et l'impression de s'être fait « balader » par les différents médecins qu'il avait consultés, aucun d'eux n'ayant en effet réussi à poser un diagnostic clair.
46. Entendu à nouveau le 30 novembre 2017 par la chambre de céans, le recourant a déclaré ce qui suit :

« Je suis allé voir le Dr K_____ de l'unité de la chirurgie digestive et il m'a dit qu'on ne devait pas opérer, car cela risquait d'aggraver la douleur. Il m'a conseillé d'avoir le voir le centre de la douleur des HUG. »

47. Selon le rapport du 7 décembre 2017 relatif à un échodoppler des membres inférieurs effectué la veille, il n'y avait pas d'épanchement articulaire des hanches ni de thrombose veineuse des membres inférieurs. Il est par ailleurs noté dans ce rapport que le recourant présentait une hernie inguinale de chaque côté, mesurée à près de 4 cm de longueur à droite, 5 cm à gauche, à contenu graisseux mais non réductible.
48. Selon le rapport du 18 décembre 2017 du Dr K_____ du service de chirurgie viscérale des HUG, le recourant se plaignait toujours de douleurs chroniques, irradiant à la racine de la cuisse, aggravées par son travail et le froid. En ce qui concerne les douleurs inguinales côté droit, elles ne pouvaient être mises sur le compte des hernies. Toute chirurgie herniaire avait plus de chance de créer des douleurs résiduelles que de faire disparaître les douleurs chroniques.
49. Dans un avis médical du 18 décembre 2017, le Dr N_____ du SMR s'est déterminé sur les rapports relatifs à l'arthro-IRM de la hanche du 5 juillet 2017 et à l'échographie inguinale bilatérale. Il a constaté que la hernie inguinale droite s'était aggravée, mais qu'il n'y avait pas d'atteinte ostéo-articulaire importante au niveau de la hanche droite. Le début de la hernie inguinale à droite expliquait les douleurs du pli inguinal. Cela étant, les conclusions précédentes du SMR étaient confirmées dans le sens que la hernie contre-indiquait l'ancienne activité, trop physique, mais permettait toutes les activités sans contraction abdominale (activité essentiellement sédentaire à taux plein).
50. Dans son avis médical du 8 janvier 2018, le Dr N_____ s'est déterminé sur le rapport relatif à l'échodoppler et a constaté que cet examen confirmait l'absence d'image en faveur d'une atteinte ostéo-articulaire ou vasculaire et montrait la présence de hernies au niveau inguinal des deux côtés. Par conséquent, les précédentes conclusions du SMR étaient toujours valables.
51. Par écriture du 9 janvier 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se fondant sur les avis du SMR précités.
52. Dans son avis médical du 24 janvier 2018, le Dr N_____ s'est déterminé sur le rapport du 18 décembre 2017 du Dr K_____ et a constaté que celui-ci éliminait toute nécessité d'intervention, ce qui ne faisait que confirmer les conclusions précédentes du SMR.
53. Sur la base de cet avis, l'intimé a maintenu ses conclusions, par écriture du 25 janvier 2018.
54. Par écriture du 30 janvier 2018, le recourant a contesté présenter une capacité de travail à 100 % dans toutes les activités sans contraction abdominale. Cela contredisait également les conclusions des EPI et les nombreux rapports médicaux. Par ailleurs, le SMR avait uniquement tenu compte de la hernie mais non pas des problèmes de la hanche ou veineux.

55. Le 21 novembre 2017, les EPI ont établi un certificat de travail pour le recourant, lequel avait travaillé en son sein du 3 juillet au 30 octobre 2017 en tant qu'ouvrier polyvalent. Selon ce certificat, il avait été affecté à l'atelier conditionnement et assemblage à un taux d'activité de 100 %. Ils lui ont certifié d'être une personne responsable, organisée et autonome, au bénéfice d'une efficacité opérationnelle certaine. Il était capable de prendre des initiatives adéquates et de fournir un travail minutieux. Ainsi, il a accompli les tâches qui lui avaient été confiées à entière satisfaction.
56. Par écriture du 13 février 2018, le recourant a précisé que les EPI avaient été tenus d'établir un certificat de travail basé sur une capacité de travail à 100 %, correspondant au taux auprès de l'OCE. Il n'en demeurait pas moins que les EPI avaient relevé de sérieux manquements dans la capacité de travail, tel que cela ressortait du courriel que cette institution lui avait adressé le 8 février 2018. Le recourant a par ailleurs rappelé qu'il avait déjà effectué un autre stage aux EPI en 2017 dont il ressortait que les rendements maximum avait été de 74 %, sur deux heures d'activités consécutives. Au-delà, les rendements avaient tendances à diminuer en raison de la fatigue et de l'inconfort physique.
57. A l'appui de ses écritures, le recourant a joint le courriel précité des EPI, par lequel ceux-ci l'ont informé notamment que le stage avait été effectué au sein d'un atelier protégé de conditionnement et d'assemblage, durant lequel les travaux effectués étaient sériels et relativement simples et où les encadrants pouvaient tenir compte des soucis des assurés et adapter les postes en fonction (alternance de positions, changements de postes, etc.). Le recourant n'aurait sans doute pas pu s'adapter aux exigences du marché premier de l'emploi, compte tenu des manquements mentionnés dans les bilans de mesures effectuées.
58. Le recourant a également joint copie du certificat médical du 7 février 2018 du Dr D_____, selon lequel le patient était toujours dans l'attente de son jugement et que son état somatopsychique s'aggravait.
59. Par écriture du 12 mars 2018, le recourant a fait savoir à la chambre de céans qu'il se trouvait depuis plusieurs mois dans une profonde dépression au vu de sa situation médicale, comme cela était attesté par la doctoresse P_____, psychiatre-psychothérapeute.
60. Selon le certificat du médecin précité du 19 mars 2018, celle-ci suivait le recourant depuis le 6 mars 2018 en raison d'un état dépressif majeur avec une symptomatologie anxieuse au premier plan. La décompensation psychique était apparue dans un contexte de problèmes somatiques (douleurs chroniques invalidantes). Sa capacité de travail était actuellement nulle au niveau psychique et une prise en charge psychiatrique était nécessaire.
61. Par ordonnance du 29 mars 2018, la chambre de céans a ordonné une expertise rhumatologique judiciaire et l'a confiée au docteur Q_____, rhumatologue FMH.

62. Le 6 novembre 2018, l'expert judiciaire a rendu son rapport, sur la base de l'étude du dossier, un examen clinique, un consilium avec le docteur R_____, radiologue ostéo-articulaire, et avec le docteur S_____, chirurgien orthopédiste FMH.

Ce dernier spécialiste a examiné le recourant le 3 octobre 2018 et a analysé son dossier médical. Selon le rapport qu'il a adressé le 5 octobre 2018 à l'expert judiciaire, le recourant présentait une lésion du labrum antérieur et antéro-supérieur de sa hanche droite, associée à des lésions cartilagineuses de son cotyle sans pincement significatif de l'interligne articulaire. Ces lésions étaient à l'origine de douleurs importantes de l'aine que le recourant présentait depuis environ cinq ans et demi, lésions déjà mises en évidence sur l'arthro-IRM de la hanche droite le 29 avril 2013. Ces douleurs prédominaient nettement le tableau clinique, occasionnant une boiterie occasionnelle, des douleurs en flexion de la hanche, notamment en associant une rotation interne et adduction, ainsi que la position assise prolongée. Cliniquement, il y avait un conflit fémoro-acétabulaire antérieur avec un impingement test antérieur évoquant de fortes douleurs à l'aine à nette prédominance à droite. À cela s'ajoutaient des douleurs lombaires basses à prédominance droite ainsi qu'en sacro-iliaque droit, points de Valleix négatifs, Lasègue douteux à droite sans dermatome net identifiable, irradiant dans la cuisse, face postérieure à droite mais aussi irradiant du pli de l'aine vers la face antérieure de la cuisse droite. Le recourant présentait également dans le pli de l'aine une tumeur palpable, vraisemblablement en sous-cutané, d'environ 5 cm de diamètre et de moins de 2 cm d'épaisseur, palpation douloureuse dans cette zone, faisant cliniquement penser en premier lieu à un lipome dont la douleur était bien différenciable à la douleur évoquée à l'impingement test antérieur de l'articulation coxo-fémorale droite. Par ailleurs, la Dresse P_____ confirmait une dépression majeure chez le recourant depuis plusieurs années. Le Dr S_____ a proposé d'adresser le patient aux HUG pour une prise en charge chirurgicale par arthroscopie.

Le Dr Q_____ a posé les diagnostics de douleur de la hanche droite chronique, associée à un conflit fémoro-acétabulaire avec lésion du labrum antérieur et antéro-supérieur, associée à des lésions cartilagineuses de son cotyle sans pincement de l'interligne articulaire, de lombalgie chronique, de troubles dégénératifs discrets à modérés et des séquelles douloureuse modérées de l'ancienne fracture du cinquième métatarsien du pied droit. Une nouvelle arthro-IRM effectuée le 12 juillet 2018 a confirmé la persistance d'une fissuration labrale dans le cadran antéro-supérieur, bordé par quelques petites fissurations avec une chondropathie cotyloïdienne de faible grade en regard, sans foyer de délamination chondrale décelée. L'arthro-IRM de la hanche droite du 5 juillet 2017 ne devait pas être prise en compte, en raison de sa qualité technique limitée pour évaluer le labrum et le cartilage. A titre de limitations fonctionnelles, l'expert judiciaire a expliqué que le recourant avait de la peine à supporter les positions statiques prolongées, autant en position assise que debout (environ une demi-heure). Le périmètre de marche était

limité à une demi-heure et il avait de la peine à monter et à descendre les escaliers ou à porter des charges modérées à lourdes (plus de 10 à 15 kg). Il était toutefois vraisemblable que l'intensité des douleurs et leur caractère handicapant fussent amplifiés par les problèmes asséurologiques, ainsi que les difficultés sociales et les troubles psychologiques, l'expertisé se décrivant comme déprimant et anxieux, avec des crises d'angoisse, associées à un état de fatigue permanent, des troubles du sommeil et des troubles cognitifs. En raison de l'intrication de la composante psychique et somatique, il était difficile de les évaluer séparément. Néanmoins, d'un point de vue théorique, la pathologie de la hanche douloureuse justifiait en elle-même des limitations dans les activités en position debout prolongée avec port de charges, en position assise basse, nécessitant des accroupissements, agenouillements répétés ou montées et descentes d'escaliers avec port de charges ou en terrain instable. Pour la colonne lombaire, l'expert judiciaire n'a pas retenu de limitation. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes du recourant et les constatations médicales au niveau de la hanche. Cliniquement, on constatait une hanche droite limitée et douloureuse à la mobilisation. Il existait aussi une bonne corrélation entre l'imagerie et la clinique. Ces constats étaient également confirmés par les différents orthopédistes qui avaient examiné le recourant ces dernières années. L'expert judiciaire s'est interrogé par ailleurs pourquoi le problème orthopédique n'avait pas pu être réglé depuis 2013 et pourquoi l'origine des douleurs avait été remise en question à plusieurs reprises par différents médecins. Selon lui, les raisons résidaient vraisemblablement dans la modification dans le temps des douleurs à la hanche et l'intrication de ces douleurs avec les problèmes psychiques. L'évaluation multidisciplinaire à la consultation de la douleur des HUG du 2 octobre 2014 relevait par ailleurs des signes anxio-dépressifs (score HAD élevé), ce qui était confirmé par la réaction excessive à la pose d'un TENS au niveau de la hanche droite provoquant des bourdonnements d'oreilles et des fourmillements au niveau cervical indiquant un état d'angoisse caractéristique. D'autre part, à la consultation du 31 août 2015, le Dr E_____ avait mis en doute la corrélation entre les plaintes et les constatations médicales, dès lors que le recourant décrivait un tableau atypique des douleurs. Cela avait amené ce médecin à écarter la problématique de la hanche, malgré les constats radio-cliniques déjà connus et l'avis d'un autre spécialiste de la hanche, le Dr H_____ du 22 septembre 2014. A cela s'ajoute que le rapport de l'arthro-IRM de la hanche droite du 5 juillet 2017 a mis en cause la corrélation radio-clinique. Or, cet examen n'était pas probant. Un autre élément perturbateur provenait de la présence d'une pathologie annexe au niveau du pli de l'aîne, sans que cette pathologie eût été clairement clarifiée. Les va-et-vient médicaux autour de l'implication d'une hernie inguinale sur les douleurs avaient créés une certaine confusion autant chez les médecins que chez le recourant. La réponse à la question de la capacité de travail était complexe. D'un point de vue strictement rhumatologique, une capacité de travail dans une activité adaptée serait possible, de préférence en position assise (position suffisamment haute pour éviter une flexion de la hanche droite trop importante), avec possibilité

d'alterner la position assise et debout, mais sans position debout prolongée ni déambulation fréquente, montées et descentes d'escaliers, port de charges en position debout, accroupissements répétés, etc. Il fallait toutefois également tenir compte de la fluctuation et de l'intensité des douleurs de la hanche droite d'un jour à l'autre, avec des périodes plus handicapantes. Cependant, la situation au niveau de la hanche n'étant pas réglée, le mieux serait d'envisager en premier lieu une prise en charge chirurgicale avec arthroscopie de la hanche. La décision opératoire paraissait difficile à prendre en raison de la problématique psychologique qui n'était pas résolue compte tenu d'un état anxio-dépressif documenté. La présence d'un état douloureux chronique depuis plusieurs années et un parcours médical chaotique semblaient avoir entraîné un état d'épuisement psychique. Cela étant, les ressources psychiques actuelles de l'expertisé à se réinsérer dans le monde du travail semblaient épuisées, ce qui relevait toutefois d'une appréciation psychiatrique. Au niveau strictement rhumatologique, deux solutions étaient possibles : soit une intervention orthopédique au niveau de la hanche droite et une réévaluation de la situation après une période de rééducation post-opératoire, dans l'espoir d'améliorer les capacités fonctionnelles et professionnelles de l'expertisé ; soit il n'y a pas d'opération (refus du chirurgien ou du patient) et une capacité de travail dans une activité adaptée, après un réentraînement progressif au travail, en raison d'un déconditionnement psycho-psychique important, dans un premier temps à 50 % pendant trois à six mois, avant d'envisager la possibilité d'une augmentation de la capacité de travail. Quant à l'évolution de la capacité de travail depuis le 22 juillet 2015, lorsque le recourant a arrêté l'activité de peintre, elle était difficile, la symptomatologie ayant fluctué en intensité avec des périodes plus ou moins handicapantes. Une reprise de l'activité de peintre n'était toutefois plus possible. Quant à l'expertise du Dr I_____, l'expert judiciaire y adhérait globalement, sauf en ce qui concerne la reprise de travail à 100 % dans une activité adaptée, soit dans une activité essentiellement assise. Or, la pathologie de la hanche était peu compatible avec une position assise prolongée, en raison de la flexion persistante de la hanche à 90 degré qui gênait le recourant. En outre, le Dr I_____ avait escamoté complètement la dimension psychologique qui semblait jouer un rôle important déjà à l'époque. L'expert judiciaire a en outre jugé l'appréciation des EPI relativement cohérente, tout en précisant qu'il retiendrait une capacité de travail dans un premier temps au taux de 50 % au maximum, même dans une activité adaptée. Une évaluation psychiatrique était toutefois nécessaire. Le pronostic était réservé, le recourant ayant toujours été réticent pour une intervention chirurgicale au niveau de la hanche, seule mesure qui pourrait réellement améliorer le tableau douloureux.

63. Dans sa détermination du 22 novembre 2018, le recourant a considéré que l'expertise judiciaire n'apportait pas de lumière sur l'opportunité médicale d'une intervention chirurgicale. Par ailleurs, l'expert judiciaire n'avait pas expliqué pourquoi une capacité de travail de 50 % serait envisagée pour une période de trois à six mois et pourquoi cette dernière pourrait être augmentée après cette date. En

effet, son état de santé ne s'était pas amélioré. Au demeurant, le Dr S_____ et la Dresse P_____ considéraient que sa capacité de travail était nulle.

64. Le 29 novembre 2018, le recourant a produit un certificat médical d'incapacité totale de travailler du 3 octobre au 31 décembre 2018 du Dr S_____.
65. Dans sa détermination du 3 décembre 2018, l'intimé a nié la valeur probante de l'expertise judiciaire, sur la base de l'avis médical du 22 novembre 2018 de la Dresse T_____ du SMR. Celle-ci a critiqué que l'expertise ne contenait pas une anamnèse complète. L'expert judiciaire n'avait pas tenu compte des contradictions manifestes entre les plaintes et les constats médicaux, étant relevé que les plaintes du recourant étaient vagues et floues et qu'il se contentait d'un faible traitement antalgique. Par ailleurs, l'expert judiciaire avait tenu compte dans l'évaluation de la capacité de travail des plaintes psychiques du recourant, ainsi que de ses problèmes asséurologiques et difficultés sociales. Ces facteurs ne pouvaient être pris en compte par l'assurance-invalidité. Enfin, il avait outrepassé son domaine de compétence, en tenant compte du déconditionnement psycho-physique important du recourant dans l'évaluation de la capacité de travail. Partant, il n'y avait pas lieu de suivre les conclusions du Dr Q_____ quant à l'évaluation de la capacité de travail.
66. Par courrier du 14 décembre 2018, l'intimé s'est déterminé sur le certificat d'incapacité de travail du Dr S_____ et a relevé que les certificats d'arrêt de travail du médecin traitant, confirmant régulièrement une incapacité de travail, n'étaient pas des éléments probants pour apprécier la capacité de travail. Par ailleurs, ce certificat ne mentionnait aucune explication médicale objective. Partant, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
67. Le 20 décembre 2018, le Dr D_____ a attesté une incapacité totale de travail pour janvier 2019.
68. La chambre de céans ayant informé les parties le 24 janvier 2019 qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique, le recourant s'y est opposé, par écriture du 29 janvier 2019, au motif que son invalidité n'était pas liée à son état psychique. « Sa profonde dépression actuelle » constituait uniquement une conséquence de ses douleurs persistantes et de la longueur de la procédure. A cet égard, il a jugé aberrant la déclaration du Dr Q_____, selon laquelle il était vraisemblable que l'intensité des douleurs et leur caractère handicapant fussent amplifiées par des troubles psychologiques. Il ne souffrait par ailleurs d'une profonde dépression uniquement depuis un an environ, à savoir depuis la fin de ses indemnités de chômage au mois de novembre 2017. L'affirmation précitée du Dr Q_____ ne reflétait que les tentatives de la part de cet expert de se défaire de sa responsabilité sur la base de l'expertise et de son incapacité à expliquer et définir concrètement la cause physiologique des douleurs.
69. A l'appui de ses écritures, le recourant a annexé une attestation du 22 janvier 2019 de la Dresse P_____, certifiant qu'il bénéficiait d'un suivi psychiatrique chez ce

médecin depuis le 6 mars 2018 en raison d'une symptomatologie anxieuse et dépressive dans le contexte des problématiques de santé physique diverses et une très longue procédure asséculoologique. Il suivait un traitement psychiatrique intégré et psychothérapeutique et était compliant aux soins. Il était épuisé par les démarches entreprises jusqu'à ce jour. En outre, la précarité au niveau social et financier avait un impact négatif sur l'évolution de son état psychique. Actuellement, il présentait une incapacité de travail totale dont l'évolution ne pouvait être déterminée au vu du mauvais pronostic.

70. Le recourant a également produit avec ces dernières écritures le certificat médical du 25 janvier 2019 du Dr S_____, attestant une incapacité de travail totale du 3 octobre 2018 au 25 janvier 2019, et une attestation du Dr D_____ du 25 janvier 2019. Selon celui-ci, le recourant était allé au-delà des possibilités d'attente concernant sa situation. Son avenir était peu clair.
71. Par courrier du 31 janvier 2019, le recourant a réitéré sa demande de renoncer à une expertise psychiatrique, sur la base d'une attestation du 31 janvier 2019 de la Dresse P_____. Selon celle-ci, le recourant était suivi en raison d'une symptomatologie anxieuse et dépressive par ce médecin. Auparavant, il avait consulté le docteur U_____, psychiatre-psychothérapeute. Avant l'épisode en cours, il n'avait pas fait l'objet d'un suivi psychiatrique ni bénéficié d'un traitement psychotrope. Dans le contexte de la longue et interminable procédure, il présentait un épuisement physique et psychologique important avec des symptômes anxieux et dépressifs, notamment tristesse, anhédonie, perte de l'élan vital, troubles du sommeil et de l'appétit, troubles de l'attention et de concentration, ruminations anxieuses, attaques de panique, tension interne, irritabilité, colère et idées noires et suicidaires de manière récurrente. Ces symptômes étaient exacerbés en raison de la précarité sur le plan social et financier. Il était compliant aux soins, venant aux rendez-vous une à deux fois par semaine. Il avait essayé plusieurs médicaments antidépresseurs et neuroleptiques. Actuellement, il prenait un traitement anxiolytique de Tranxilium. En dépit de la prise en charge adéquate et intensive, l'évolution clinique était stationnaire. Le suivi psychiatrique avait permis d'éviter un geste suicidaire ou une hospitalisation en milieu psychiatrique. Le réseau social du recourant était pauvre et il n'avait aucune activité ni hobbies. Le pronostic était actuellement réservé et une réponse positive à sa demande de prestations pourrait apporter un soulagement sur le plan psychique. Quant à une éventuelle expertise psychiatrique, elle ne ferait qu'accroître l'état de détresse psychique du recourant, qui ne supportait plus d'être renvoyé d'un spécialiste à l'autre.
72. L'intimé s'étant également opposé à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, par écriture du 14 février 2019, la chambre de céans y a renoncé.
73. Entendu en date du 2 mai 2019 en tant que témoin, le Dr S_____ a déclaré ce qui suit :

« Je confirme que le recourant présente une lésion du labrum antéro-supérieur de la hanche droite. J'en suis absolument certain.

J'ignore pourquoi certains médecins ont pu avoir des doutes sur l'existence de cette lésion. Pour ma part, il n'y a aucun doute là-dessus. Le recourant présente la symptomatologie et des douleurs en rapport avec une telle atteinte, laquelle peut être réparée par une intervention chirurgicale. À la place du recourant, je n'hésiterais pas à me faire opérer. Quant aux limitations fonctionnelles, elles consistent en des difficultés à rester assis, parfois des blocages, des douleurs nocturnes et une boiterie.

En l'état, et tant que M. A_____ n'est pas opéré, il présente une incapacité de travail totale dans une activité adaptée assise et légère, compte tenu de la seule lésion du labrum.

Je n'ai pas lu l'expertise du Dr Q_____ et je ne saurai dès lors pouvoir m'exprimer sur la divergence d'appréciation sur la capacité de travail pour des raisons orthopédiques par ce médecin. Toutefois, pour moi, il est clair qu'il y a une incapacité de travail totale tant que l'atteinte n'est pas réparée.

Sur question de Mme V_____, je précise que l'opération à la hanche n'aura pas d'impact sur les séquelles de l'accident du pied droit, ni sur les lombalgies. Toutefois, les atteintes au pied et au dos ont peu d'impact sur la capacité de travail dans une activité légère en position assise.

Sur question de l'OAI, je précise qu'il faut ajouter aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR l'évitement de la position assise et de la position penchée en avant. Je confirme que les douleurs à la hanche ont en l'occurrence un substrat organique clair. Il n'y a pas d'autre traitement qu'une intervention chirurgicale. Tous les autres traitements ne sont que symptomatiques. On sait par ailleurs que si on laisse une lésion du labrum évoluer, cela finit par enlever le cartilage avec la conséquence d'une arthrose précoce. Quant au début de l'incapacité de travail, je ne peux en principe me prononcer que depuis le moment où le recourant m'a consulté, soit depuis le 3 octobre 2018. Toutefois, je suppose qu'il présentait déjà une incapacité de travail auparavant, soit depuis que le diagnostic a été posé.

Je ne peux pas répondre à la question du recourant de savoir pourquoi on ne lui a pas dit plus tôt qu'il devait se faire opérer. »

74. Le même jour, la chambre de céans a auditionné le recourant, lequel a fait la déclaration suivante :

« J'ai encore besoin de réfléchir avant de me soumettre à une opération de la hanche. Je relève par ailleurs que j'ai eu une mauvaise expérience avec une opération du pied droit suite à mon accident. En effet, cette opération s'était compliquée par une algodystrophie. Je souffre toujours de séquelles de cette opération.

Je sollicite l'audition de la Dresse P_____. »

Quant à l'intimé, il a déclaré qu'il n'avait pas l'intention de mettre le recourant en demeure de se soumettre à une opération de la hanche, les interventions chirurgicales n'étant en principe pas exigibles. Par ailleurs, il a persisté à considérer que le recourant présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

75. Par courrier du 13 mai 2019, le recourant a précisé qu'il niait avoir des blocages mais admettait les douleurs nocturnes et la boiterie. Il s'est par ailleurs étonné que le Dr S_____ n'eût pas mentionné la tumeur, à laquelle il se référait dans son courrier du 5 octobre 2018. Il s'interrogeait également pourquoi ce médecin encourageait une opération, alors que tous les autres médecins par le passé semblaient l'exclure ou du moins mettre en doute sa nécessité, en particulier le Dr O_____. Enfin, le Dr S_____ lui avait indiqué qu'une opération n'était pas urgente, lors de la consultation, et que le problème ne s'était pas aggravé.
76. Faisant suite à une demande de renseignements de la chambre de céans, le Dr S_____ a répondu le 24 mai 2019 que même un travail en position assise n'était pas une solution pour le recourant et qu'il y avait une indication opératoire afin de permettre au recourant de travailler par la suite dans une activité adaptée. En effet, le recourant présentait des douleurs importantes dans l'aîne, notamment en position assise, dues à la lésion labrale et de sa hanche. Il a confirmé que l'incapacité de travail était justifiée actuellement à 100 % dans toute activité en raison de l'atteinte à la hanche droite. Il ne pouvait s'exprimer sur la période qui avait précédé la première consultation orthopédique en date du 3 octobre 2018. Toutefois, une reprise de travail, notamment en tant que plâtrier, n'était absolument pas possible en raison de la pathologie de la hanche et ceci vraisemblablement depuis octobre 2011, où le recourant se plaignait déjà de douleurs de son aîne droite, avec une arthro-IRM de sa hanche droite en date du 29 avril 2013 montrant clairement une déchirure labrale.
77. Par courrier du 6 juin 2019, le recourant a relevé que, selon le Dr S_____, il a une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée. Cependant, le pronostic médical d'une opération demeurerait réservé, de nombreux médecins ayant mis en doute les chances de succès d'une opération.
78. Dans son avis médical non daté, la doctoresse T_____ du SMR a indiqué qu'elle ne pouvait adhérer à l'évaluation du Dr S_____, dans la mesure où, selon l'expertise du Dr Q_____, les activités de la vie quotidienne n'étaient pas limitées et que l'assuré était capable d'aller deux à trois fois par semaine à la piscine et de faire des ballades au parc pendant trente minutes à une heure. Par ailleurs, il pouvait rester assis durant une heure vingt sans manifester des douleurs et sans devoir bouger ou se lever. Partant, elle a maintenu ses conclusions.
79. Dans sa détermination du 21 juin 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se fondant sur l'avis du SMR précité.

-
80. Le 2 septembre 2019, le Dr Q_____ a rendu un rapport complémentaire à son expertise judiciaire. Il a en premier lieu précisé qu'il avait mandaté le Dr S_____ pour une appréciation orthopédique d'une lésion de la hanche et non pour une appréciation de la capacité de travail, celle-ci relevant de l'expert principal. N'ayant pas procédé à une expertise complète, il semblait au Dr Q_____ que le Dr S_____ n'était pas en mesure de tenir compte et d'apprécier tous les éléments discutés lors de l'expertise. Selon cet expert, la corrélation radio-clinique n'était souvent pas déterminante, certaines personnes souffrant parfois de très peu de douleurs en dépit d'une pathologie de la hanche importante et d'autres personnes, avec des lésions modérées, étaient plus handicapées par les douleurs. En outre, les allégations douloureuses subjectives de l'expertisé n'étaient qu'un des multiples éléments d'un puzzle et étaient souvent altérées par de nombreux facteurs secondaires (atteinte psychique, avantage assécurologique, etc.). Chez le recourant, l'expert avait admis une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée, compte tenu du fait qu'il restait assez actif dans sa vie, s'occupant de son ménage, faisant des courses, se déplaçant une à deux fois par semaine chez son physiothérapeute, se rendant à la psychothérapie, à l'Hospice général et à la piscine, ainsi que faisant une marche dans le parc d'environ trente minutes. Par ailleurs, lors des stages d'évaluation en 2017 aux EPI, une capacité d'exercer une activité manuelle légère de type conditionnement avait été constatée. L'activité globale était limitée entre 50 à 75 % au maximum en raison de la nécessité d'aménagement du poste de travail et de la prise de médicaments contre la douleur. Selon le Dr Q_____, le caractère handicapant des douleurs paraissait altérer et amplifier l'état psychique. Il fallait aussi tenir compte de certains rapports médicaux, de la mise en évidence d'une certaine fluctuation des plaintes et à certains moments d'incohérences cliniques. Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues dans son expertise, il n'y avait aucune raison de ne pas envisager une activité adaptée à celle-ci, par exemple une activité avec alternance des positions debout et assise avec un siège plus haut pour empêcher une flexion de la hanche de plus de 90 degré, comme cela avait été confirmé par le stage d'observation auprès des EPI. Néanmoins, il était tout à fait d'accord avec le Dr S_____ en ce que celui-ci considérait que le mieux serait de procéder à une opération de la hanche, comme déjà indiqué par plusieurs autres médecins (le Dr W_____ en 2011, le Dr I_____ en 2015 et le Dr O_____ en 2017). Après réflexion, le Dr Q_____ a maintenu sa conclusion, selon laquelle le recourant présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Toutefois, il a estimé que cette capacité de travail ne pourrait pas être augmentée, comme initialement admis.
81. Par fax du 12 septembre 2019, le recourant s'est déclaré surpris que le Dr Q_____ qualifiât ses douleurs de subjectives, alors que de nombreux médecins avaient relevé que les douleurs étaient tout à fait réelles. Par ailleurs, il ne voyait pas de quel avantage assécurologique il bénéficierait, n'ayant qu'environ CHF 400.- pour survivre. S'il était vrai qu'il avait quelques activités, cela ne signifiait cependant pas qu'il serait capable de travailler. Il allait par ailleurs à la piscine pour soulager ses

douleurs. Partant, pour apprécier sa capacité de travail, il y avait lieu de se fonder sur l'évaluation de celle-ci par le Dr S_____.

82. Dans son avis médical du 18 septembre 2019, la Dresse T_____ a considéré que la seule explication qui permettrait de comprendre le changement de l'appréciation de la capacité de travail par l'expert judiciaire était la prise en considération de facteurs extra-médicaux et extra-rhumatologiques, comme lors de l'appréciation faite par les EPI le 6 mars 2017. Partant, le complément d'expertise n'emportait pas la conviction du SMR.
83. Dans sa détermination du 19 septembre 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se référant à l'avis du SMR précité. Il a considéré que la mise en valeur d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était objectivement exigible, le Dr Q_____ ne faisait état d'aucun élément médical objectif justifiant une capacité de travail de 50 % ni expliquait les raisons objectives qui l'avaient amené à modifier ses conclusions. En ce que l'expert judiciaire justifiait une capacité de travail de 50 % en raison de l'état psychique du recourant, en considérant que le caractère handicapant des douleurs avait altéré et amplifié son état psychique, il outrepassait son domaine de compétence. En l'absence d'une justification, sur le plan purement rhumatologique, pour limiter la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée, les conclusions du Dr Q_____ ne pouvaient être suivies.
84. Sur ce, 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieux en l'occurrence le droit à une rente et/ou des mesures d'ordre professionnel du recourant.
4. Le recourant reproche en premier lieu à l'intimé de ne pas avoir suffisamment motivé sa décision, en ce qu'il avait omis de préciser pourquoi il avait retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis 2013.
 - a. Selon l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions doivent être motivées. Pour répondre cette exigence, l'autorité se doit au moins de mentionner brièvement les motifs qui

l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. En revanche, l'autorité n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties ; elle peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent pertinents (cf. ATF 126 I 102 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 585/04 du 3 octobre 2005 consid. 2.2).

b. En l'espèce, l'intimé a indiqué dans sa décision pourquoi les prestations étaient refusées, en indiquant que, selon le SMR, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée. Il ressort donc de cette motivation que l'intimé s'était fondé sur l'appréciation de son service médical pour arriver cette conclusion. Certes, il n'est pas précisé sur quels éléments le SMR s'est fondé pour cette appréciation. Il n'en demeure pas moins que le recourant pouvait comprendre de cette motivation que l'existence d'une incapacité de travail dans toute activité était contestée et qu'il était ainsi en mesure de se rendre compte de la portée de la décision. Au regard de la jurisprudence en la matière, il sied de considérer par conséquent que cette motivation est suffisante.

Au demeurant, l'éventuel vice a pu être réparé dans la présente procédure, dès lors que le recourant a pu se déterminer sur les motifs précis de la décision à l'occasion de son audition et dans sa réplique.

5. 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 ou mentale 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 1^{er} janvier 2008).
6. 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.
7. 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. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de 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. A 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).

c. 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.

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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de

manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

d. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. [ATF 107 V 17](#) consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in

Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

e. 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).

9. a. En l'occurrence, le premier expert, le Dr F_____ de la Clinique Corela, émet le 8 juillet 2013 les diagnostics d'une fracture du cinquième métatarsien droit et des algies inorganiques du membre inférieur droit. Il exclut par ailleurs un conflit fémoro-acétabulaire de la hanche. Selon cet expert, la capacité de travail est de 100% dans l'activité habituelle et il n'y a aucune limitation fonctionnelle d'origine médicale.

Toutefois, il y a un doute quant à la valeur probante de cette expertise. En effet, le Tribunal fédéral a jugé qu'il n'était pas admissible de reprendre des conclusions d'une expertise de la Clinique Corela qui avait été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée, dès lors que les manquements constatés au sein de ladite clinique soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises avaient été effectuées par cette institution et portaient atteinte à la confiance que les assurés et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise. (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2 p. 262 s.; arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017, consid. 2.3.2). De tels faits étaient de nature à modifier l'état de fait à la base d'un arrêt fondé sur une expertise de la Clinique Corela (op. cit. consid. 2.3.3).

b. Au demeurant, le Dr I_____ qui a expertisé le recourant en août 2015, s'écarte de cette expertise et diagnostique des douleurs du pli inguinal droit chroniques dans le contexte d'une déchirure du labrum, d'une délamination du cartilage du cotyle antéro-supérieur d'environ 10 mm et d'éléments en faveur d'un conflit fémoro-acétabulaire droit, ainsi que de suspicion d'une hernie crurale droite. La capacité de travail n'est que de 50 % dans l'activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée, essentiellement en position assise. Selon cet expert, il y a lieu de procéder à une arthroscopie.

Cependant, par la suite, les Drs E_____ et J_____ considèrent, dans leur rapport du 17 septembre 2015, qu'il semble peu probable que l'origine des douleurs réside

dans un problème de hanche, de sorte qu'il y a lieu d'écarter une indication pour une arthroscopie. Quant au Dr K_____, il estime, dans son rapport du 23 septembre 2015, qu'il y a une indication pour une cure d'hernie inguinale bilatérale, mais qu'il convient d'abord d'effectuer l'arthroscopie éventuellement indiquée. Dans son rapport du 14 décembre 2015, le Dr K_____ constate qu'il n'y a une indication ni à une arthroscopie ni à une cure de hernie. Il recommande dès lors au recourant de voir l'équipe de la douleur et éventuellement un rhumatologue.

c. Au vu de cette situation médicale confuse, une expertise judiciaire a été confié au Dr Q_____. Celui-ci pose les diagnostics, avec le concours du Dr S_____ et un radiologue, de douleur de la hanche droite chronique, associée à un conflit fémoro-acétabulaire avec lésion du labrum antérieur et antéro-supérieur, associée à des lésions cartilagineuses de son cotyle sans pincement de l'interligne articulaire, de lombalgies chroniques, de troubles dégénératifs discrets à modérés et de séquelles douloureuse modérées de l'ancienne fracture du cinquième métatarsien du pied droit. Cela est confirmé par l'arthro-IRM effectuée le 12 juillet 2018. L'arthro-IRM de la hanche droite du 5 juillet 2017 ne doit pas être prise en compte, en raison de sa qualité technique limitée pour évaluer le labrum et le cartilage. A titre de limitations fonctionnelles, l'expert judiciaire explique que le recourant a de la peine à supporter les positions statiques prolongées, autant en position assise que debout (environ une demi-heure). Le périmètre de marche est limité à une demi-heure et il a des difficultés à monter et à descendre les escaliers ou à porter des charges modérées à lourdes (plus de 10 à 15 kg). Il est toutefois vraisemblable que l'intensité des douleurs et leur caractère handicapant soient amplifiés par les problèmes asséurologiques, ainsi que les difficultés sociales et les troubles psychiques, l'expertisé se décrivant comme déprimé et anxieux, avec des crises d'angoisse, associées à un état de fatigue permanent, des troubles du sommeil et des troubles cognitifs. En raison de l'intrication de la composante psychique et somatique, il est difficile de les évaluer séparément. Néanmoins, d'un point de vue théorique, la pathologie de la hanche douloureuse justifie en elle-même des limitations dans les activités en position debout prolongée avec port de charges, en position assise basse, nécessitant des accroupissements, agenouillements répétés ou montées et descentes d'escaliers avec port de charges ou en terrain instable. Pour la colonne lombaire, l'expert judiciaire ne retient pas de limitation. Il y a une bonne concordance entre les plaintes du recourant et les constatations médicales au niveau de la hanche. Cliniquement, on constate une hanche droite limitée et douloureuse à la mobilisation. Il existe aussi une bonne corrélation entre l'imagerie et la clinique. Quant à la capacité de travail, d'un point de vue strictement rhumatologique, elle serait possible dans une activité adaptée, de préférence en position assise (position suffisamment haute pour éviter une flexion de la hanche droite trop importante), avec possibilité d'alterner la position assise et debout, mais sans position debout prolongée ni déambulation fréquente, montées et descentes d'escaliers, port de charges en position debout, accroupissements répétés, etc. Il faut toutefois également tenir compte de la fluctuation et de l'intensité des douleurs de la hanche

droite d'un jour à l'autre, avec des périodes plus handicapantes. Le mieux serait d'envisager en premier lieu une prise en charge chirurgicale avec arthroscopie de la hanche. La décision opératoire paraît difficile à prendre en raison de la problématique psychologique qui n'est pas résolue compte tenu d'un état anxio-dépressif documenté. La présence d'un état douloureux chronique depuis plusieurs années et un parcours médical chaotique semble avoir entraîné un état d'épuisement psychique. Les ressources psychiques actuelles du recourant à se réinsérer dans le monde du travail semblent épuisées, ce qui relève toutefois d'une appréciation psychiatrique. Au niveau strictement rhumatologique, deux solutions sont possibles : soit une intervention orthopédique au niveau de la hanche droite et une réévaluation de la situation après une période de rééducation post-opératoire ; soit il n'y a pas d'opération (refus du chirurgien ou du patient) et une capacité de travail dans une activité adaptée, après un réentraînement progressif au travail, en raison d'un déconditionnement psycho-psychique important, d'abord à 50 % pendant trois à six mois, avant d'envisager la possibilité d'une augmentation de la capacité de travail. Quant à l'évolution de la capacité de travail depuis le 22 juillet 2015, lorsque le recourant a arrêté l'activité de peintre, elle est difficile, la symptomatologie ayant fluctué en intensité avec des périodes plus ou moins handicapantes. Une reprise de l'activité de peintre n'est toutefois plus possible. S'agissant de l'expertise du Dr I_____, l'expert judiciaire y adhère globalement, sauf en ce qui concerne la reprise de travail à 100 % dans une activité adaptée, soit dans une activité essentiellement assise. En effet, la pathologie de la hanche est peu compatible avec une position assise prolongée, en raison de la flexion persistante de la hanche à 90 degré qui gêne le recourant. En outre, le Dr I_____ a escamoté complètement la dimension psychologique qui semble jouer un rôle important déjà à l'époque. L'expert judiciaire juge en outre l'appréciation des EPI relativement cohérente, tout en précisant qu'il retiendrait une capacité de travail dans un premier temps au taux de 50 % au maximum, même dans une activité adaptée. Une évaluation psychiatrique est toutefois nécessaire. Le pronostic est réservé, le recourant étant toujours réticent pour une intervention chirurgicale.

d. Auditionné par la chambre de céans et interrogé par la suite encore par écrit, le Dr S_____ s'écarte de l'appréciation de la capacité de travail par l'expert judiciaire et estime que celle-ci est justifiée à 100 % en raison de l'atteinte de la hanche droite. Seule une opération chirurgicale pourrait résoudre ce problème physique.

Confronté à cet avis divergeant, le Dr Q_____ maintient ses conclusions, sauf en ce qu'il estime que la capacité de travail ne pourrait pas être augmentée après une période de travail de trois à six mois, comme retenu précédemment.

e. Il ressort des expertises que le diagnostic de lésion du labrum antérieur et antéro-supérieur de la hanche droite avec des lésions cartilagineuses du cotyle est incontestable. Il doit également être admis que les douleurs à la hanche du recourant ont un substrat organique clair. Cela est confirmé aussi bien par le

Dr Q_____ qui constate une bonne concordance entre les plaintes du recourant et les constatations médicales au niveau de la hanche, ainsi que l'examen clinique. Le Dr S_____ déclare également, lors de son audition par la chambre de céans, que le recourant présente une symptomatologie de douleurs en rapport avec une telle atteinte. Les douleurs de la hanche et les limitations en découlant existent donc indépendamment d'une atteinte psychique et il n'y a aucune raison de penser qu'elles seraient amplifiées à cause de troubles psychiques. Au contraire, ce sont les douleurs et les avis discordants des médecins qui ont finalement atteint le recourant dans sa santé psychique et non l'inverse.

Ainsi, seule l'appréciation de la capacité de travail en rapport avec les atteintes à la hanche prête à discussion, les autres atteintes organiques n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail dans une activité légère. Le recourant lui-même estime en outre ne pas être handicapé sur le plan psychique.

De l'avis de la chambre de céans, la dernière évaluation de la capacité de travail du recourant par l'expert judiciaire paraît convaincante. En effet, elle correspond aux constatations des EPI lors du stage du recourant en février et mars 2017. A ce moment, une productivité de 50 % et au maximum de 75 % est constatée, en raison des douleurs importantes. Toutefois, une productivité de 75 % n'a pu être mesurée que sur deux heures d'activité consécutives. Au-delà, les rendements avaient tendance à diminuer en raison de la fatigue et de l'inconfort physique. Parfois, le recourant devait quitter l'activité en cours à cause des douleurs. Une diminution de la productivité due à des douleurs est par ailleurs rendue vraisemblable par le fait que celle-ci diminue avec la fatigue en fin de journée. Au demeurant, le recourant a fait de son mieux pour s'engager dans le stage, selon le rapport des EPI du 6 mars 2017. Il a voulu aller au bout de ses limites, sans diminuer l'horaire prévu. Néanmoins, même si son travail était régulier en qualité, il restait en-dessous du rendement de productivité attendu dans le marché primaire de l'emploi.

Au vu des constatations des EPI, l'appréciation de la capacité par le Dr S_____ doit être tempérée dans le sens précisé par l'expert judiciaire dans son complément d'expertise, à savoir une capacité de travail de 50 % dans une activité de conditionnement simple permettant l'alternance des positions. À cet égard, il faut également tenir compte de la fluctuation et de l'intensité des douleurs de la hanche droite d'un jour à l'autre, avec des périodes plus handicapantes, comme relevé par l'expert judiciaire.

f. Quant au début de l'incapacité de travail, il ressort du dossier médical que le recourant se plaignait déjà depuis 2011 de coxalgies. Par ailleurs, il était en arrêt de travail durable pour cette atteinte depuis le 22 juin 2015, après avoir repris le travail en octobre 2014, selon l'expertise du Dr I_____.

Cela étant, il doit être admis que le recourant était déjà incapable de travailler à 50 % dans une activité adaptée au début de la naissance du droit éventuel à la rente, à savoir six mois après le dépôt de la demande en janvier 2016 (art. 29 al. 1 LAI) et

une année après le début de l'incapacité de travail durable dès juin 2015 (art. 28 al. 1 let. b LAI).

10. Reste à examiner si le recourant subit une perte de gain dans l'exercice d'une activité adaptée.

a. 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).

b. 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).

c. 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 de l'Enquête suisse des salaires (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. 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).

d. 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).

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. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'assurance-invalidité donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux

limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

11. En l'occurrence, l'invalidité est née en juin 2016, une année après le début de l'incapacité de travail durable du recourant en juin 2015. L'année déterminante est ainsi 2016. Cependant, l'intimé a établi la perte de gain en 2016 sur la base des documents disponibles en 2015. Cela ne paraît pas critiquable, les dernières données quant à l'évolution des salaires jusqu'en 2016 n'étant pas encore connues à la date du calcul, le 22 juin 2016. Au demeurant, les salaires n'ont pas augmenté entre 2014 et 2015.

Il ressort du dossier que l'intimé a d'abord établi la perte de gain à 1,2 % dans une activité adaptée à 100 %. Toutefois, dans sa décision dont est recours, il fait état d'une perte de gain de 9 %. Il s'agit à l'évidence d'une erreur. En effet, cette décision fait état d'un revenu annuel professionnel raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 47'054.-, tout en mentionnant par la suite, dans les explications, que ce revenu est de CHF 59'808.-, comme retenu dans le calcul initial de la perte de gain. Il n'est pas non plus indiqué pourquoi le revenu d'invalidé serait de CHF 47'054.- et non de CHF 59'808.-, montant retenu dans le calcul initial.

L'intimé a pris en compte pour le revenu annuel brut sans invalidité un montant de CHF 60'530.-, lequel correspond aux revenus enregistrés dans le compte individuel du recourant en 2014. Cependant, l'ancien employeur a déclaré le 12 avril 2016 que le salaire du recourant était en 2015 de CHF 4'674.75 par mois, versé treize fois l'an. Ainsi, le salaire sans invalidité s'élève à CHF 60'771.75 par an. En effet, si le compte individuel mentionne un revenu inférieur, cela peut être dû aux absences du recourant en 2014 pour cause de maladie.

Pour le revenu avec invalidité, l'intimé a retenu un revenu supérieur, soit le revenu de CHF 66'453.- ressortant de ESS 2014 pour les hommes exerçant des activités physiques ou manuelles simples (TA1 skill level 1), puis a adapté ce revenu à la durée normale hebdomadaire de travail. Ce calcul est conforme à la loi.

Quant aux activités adaptées, celles-ci ne sont certes pas mentionnées dans la décision. Toutefois, selon la jurisprudence précitée en la matière, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on peut admettre qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière.

Au taux de 50 %, le revenu d'invalidé est ainsi de CHF 30'385.87. En raison du manque total de polyvalence du recourant et du taux d'activité partiel, il y a par ailleurs lieu d'admettre un abattement de 10 %. Partant, le revenu d'invalidé s'élève à CHF 27'347.28.

De la comparaison de ce dernier revenu avec le revenu de valide de CHF 60'771.75 résulte une perte de gain de 55 %, ce qui ouvre le droit à une demi-rente six mois après le dépôt de la demande, soit dès juillet 2016.

12. En ce qui concerne la demande de mesures d'ordre professionnel, elle est sans objet, dès lors que ces mesures ont déjà été accordées au recourant par l'OCE.
13. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès juillet 2016.
14. Dès lors que l'intimé succombe en partie, une indemnité de CHF 2'500.- est octroyée au recourant à titre de dépens.
15. La procédure n'étant pas gratuite, l'intimé sera condamné à un émolument de justice, fixé au minimum légal de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 1^{er} septembre 2016.
4. Met le recourant au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès juillet 2016.
5. Condamne l'intimé à lui verser une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met à la charge de l'intimé un émolument de CHF 200.-.
7. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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