

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3551/2015

ATAS/510/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 juin 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o HÔTEL B_____, à GENÈVE, recourant
représenté par l'APAS-Assoc. permanence de défense des patients et
assurés

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Teresa SOARES, juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1967, de nationalité suisse, célibataire, a obtenu en 1986 un CFC de cuisinier ; il a exercé comme cuisinier, puis comme adjoint gérant / magasinier, opérateur en télésurveillance et ouvrier sur machines. L'assuré a vécu en Inde du 8 avril 2010 au 29 novembre 2012 ; le 6 avril 2011, il a été victime d'un accident de circulation.
2. L'assuré bénéficie depuis le 3 décembre 2012 de l'aide de l'Hospice général.
3. Le 20 juin 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
4. Le 29 août 2014, la doctoresse C_____, cheffe de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a attesté d'une fracture ouverte du fémur droit et de la jambe droite le 6 avril 2011, avec déformation du membre inférieur droit et raccourcissement et une impossibilité pour l'assuré de marcher beaucoup en raison des douleurs et de la boiterie ; il convenait d'organiser une reconversion professionnelle pour un travail assis ; l'assuré consommait du cannabis dix fois par jour et était un ancien toxicomane substitué.
5. Le 15 septembre 2014, la Dresse C_____ a écrit à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) que l'assuré avait consolidé ses fractures suite à l'accident de 2011 avec, cependant, une irrégularité de longueur du membre inférieur droit et avec des troubles de l'axe osseux ; une paire de chaussures orthopédiques était requise et une reconversion professionnelle dans un travail en position assise suggérée.
6. Par communication du 15 décembre 2014, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient actuellement pas indiquées.
7. Le 24 décembre 2014, le docteur D_____, chef de clinique à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique aux HUG a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé le diagnostic de fracture ouverte diaphyse fémur droit, fracture fermée du tibia-péroné droit, fracture du plateau tibial externe droit, fissuration du ménisque interne / externe et chondropathie rotulienne externe droite ; il avait vu l'assuré une fois le 6 octobre 2014 et il n'y avait pas d'indication opératoire. L'incapacité de travail était totale depuis le 6 avril 2011 ; il présentait des troubles à la marche, en charge et ne pouvait tenir une position statique prolongée ; les anciennes activités de cuisinier, ouvrier et dans la sécurité n'étaient pas exigibles ; une activité adaptée possible dépendait du problème des dépendances ; la capacité de travail devait être déterminée avec le psychiatre.

8. Le 30 janvier 2015, le docteur E_____, médecin interne à Belle-Idée, a rempli un rapport médical AI. Il suivait l'assuré depuis le 1^{er} novembre 2014. L'assuré consommait du cannabis et un traitement de Méthadone (abstinence à l'héroïne) ; il présentait un trouble de l'adaptation se manifestant par une baisse de la thymie, une anxiété, une perte d'espoir, une impossibilité à continuer dans la situation actuelle et une altération du fonctionnement quotidien ; l'assuré ne souhaitait pas demander l'AI pour des raisons psychiques ; un retour dans son environnement habituel en Inde serait bénéfique sur le trouble de l'adaptation ; l'incapacité de travail était nulle depuis décembre 2012. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait aucune contre-indication à exercer une activité, mais il fallait tenir compte des limitations physiques ; le Dr E_____ a également relevé que les limitations physiques entraînaient un épuisement moral (irritabilité, fatigue, difficultés de concentration, fatigabilité, anxiété).
9. Le 23 juin 2015, la doctoresse F_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel, dans une activité adaptée, l'assuré pouvait travailler à 100%. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Pas de marche ni de station debout prolongées, pas d'utilisation répétée d'escaliers, pas de port de charges lourdes, pas de travail en hauteur ; préférer une activité effectuée majoritairement en position assise. Le début de l'aptitude à la réadaptation était indiqué : « depuis toujours. » Il n'y avait pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique.
10. Le 29 juin 2015, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 5,72% ; il a retenu un revenu sans invalidité fondé sur le salaire statistique selon l'ESS 2011, tableau TA1, homme dans une activité de niveau 4, soit CHF 61'733.-, indexé en 2012, soit CHF 62'216.-, le statut de l'assuré était celui d'actif ; le revenu avec invalidité était fondé sur le salaire statistique selon l'ESS 2012, tableau TA1, homme dans une activité de niveau 1, pour 41,7 heures de travail, soit CHF 65'177.-, lequel était de CHF 58'659.- après application d'un abattement de 10%.
11. Par projet de décision du 3 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures de réadaptation au motif que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée et que son degré d'invalidité était de 6%.
12. Par décision du 9 septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesure de réadaptation.
13. Le 8 octobre 2015, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en faisant valoir que le rapport du Dr D_____, qui avait été rédigé après un unique entretien de 20 minutes avec le médecin, devait être écarté, qu'il en était de même du rapport du Dr E_____, ce médecin ayant lui-même annoncé à l'OAI qu'il allait transmettre un nouveau rapport ; les médecins-traitants attestaient une incapacité de travail de

100%, alors que l'OAI retenait un degré d'invalidité de 10% ; il n'avait pas vu de spécialiste pour estimer son degré d'invalidité. En outre, il avait été écarté de l'armée pour raisons psychiques et avait été victime d'autres accidents.

14. Le 4 novembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que le rapport du SMR était convainquant.
15. Le 25 novembre 2015, l'assuré, représenté par L'APAS - association permanence de défense des patients et assurés, a sollicité un délai pour répliquer, étant dans l'attente des rapports médicaux des Drs E_____ et G_____, médecins-traitants.
16. Le 30 novembre 2015, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Je suis parti en Inde pour m'installer définitivement en 2008. J'ai retiré mon deuxième pilier pour monter un commerce de vanille et cela en accord avec l'hospice général auprès de qui j'ai présenté un business plan. J'ai débuté mon commerce en Inde, mais celui-ci a été interrompu en raison de mon accident le 6 avril 2011.

Je n'ai toutefois pas pu vivre de ce commerce. J'ai lancé l'affaire par le biais de contacts à partir de 2008, ce qui a été entièrement interrompu par mon accident.

L'accident a eu lieu alors que je circulais en deux roues. J'ai été touché par une camionnette de livraison, mon fémur a été brisé ainsi que le tibia-péroné. J'ai été soigné en Inde. Les médecins ont refusé de m'opérer et ont effectué un étirement de la jambe et un blocage par plâtre. Je ne sais pas si l'opération aurait été possible si j'avais été pris en charge en Suisse. J'ai perdu l'amplitude du genou et n'arrive plus à plier correctement ma jambe, laquelle a raccourci de 4 centimètres. J'estime que ma jambe est perdue. J'ai besoin d'une attelle et de béquilles pour me déplacer. Sinon, je souffre trop.

J'ai vu quatre chirurgiens à Genève pour voir comment on pouvait améliorer ma situation. Toutefois, il m'a été unanimement répondu que rien ne pouvait être entrepris pour améliorer mon état, sous réserve de semelles orthopédiques. Le professeur H_____ a traité mon cas en colloque avec des spécialistes en orthopédie. Je ne m'estime pas capable de travailler, même en position assise, en raison des douleurs. Je dois également changer souvent de position. Par ailleurs, je prends beaucoup de médicaments et je suis réveillé la nuit, de sorte que je suis souvent fatigué le matin, voire dans un état végétatif. Dans ces conditions, il me paraît impossible d'aller travailler le matin, ni d'assurer des horaires.

Je prends quotidiennement plusieurs médicaments dont du MST, un dérivé de la morphine, du Brufen 800, un régulateur d'acidité, du Motilium, du Ventolin car j'ai de l'asthme, un patch de lidocaïne, qui est un anesthésiant local en raison de

douleurs dorsales, et de la méthadone, traitement que je suis depuis 1999, et qui a été augmenté par mon médecin en raison de mes douleurs physiques. Avant mon accident, je ne prenais qu'un traitement de méthadone.

Je suis suivi par le Dr G_____ qui est un médecin généraliste, qui fait partie du service d'addictologie des HUG, dans le cadre de mon traitement à la méthadone. Je ne suis pas suivi par un médecin orthopédiste. J'ai consulté ces spécialistes ponctuellement.

Il existe toutefois des rapports médicaux plus complets qui ne figurent pas au dossier AI. Je suis également suivi par le Dr E_____ dans le cadre de mon traitement à la méthadone. Celui-ci va être remplacé par un autre médecin. Le Dr E_____ a rédigé le rapport qu'il a envoyé à l'AI alors qu'il ne m'avait vu qu'une seule fois. Il va rédiger un autre rapport plus complet que je fournirai. Je précise que le Dr E_____ a téléphoné à l'AI pour retirer son premier rapport et indiquer qu'il en fournirait un autre. Il m'a expliqué qu'il s'était basé sur les conclusions du psychiatre qui l'avait précédé et cela, un peu rapidement.

Je verserai au dossier le rapport du Dr E_____ ainsi qu'un rapport du Dr G_____, ainsi que le rapport complet orthopédique. Je ne m'estime pas capable de travailler non plus d'un point de vue psychique en raison des répercussions de mon accident sur mon état, en particulier les effets des médicaments, des insomnies, de l'épuisement, de la fatigue. Je suis tout le temps à bout. C'est déjà beaucoup quand j'arrive à assurer un rendez-vous de médecin par semaine. Le Dr E_____ est celui qui m'a suivi le plus longtemps au service d'addictologie.

Je souhaite obtenir une rente de l'AI. L'OAI m'a dit qu'une réadaptation n'était pas possible, ce avec quoi je suis d'accord, car je ne me sens pas capable de travailler. En particulier, je n'arriverais pas à tenir un horaire. Je n'arriverais pas à garder une position même assise pour un travail. La prise de médicament a également des effets négatifs en vue d'une activité la journée. J'ai également des troubles de la concentration. Je vis toujours à l'hôtel, financé par l'hospice général. J'ai une plaque électrique dans la chambre d'hôtel. Je me prépare à manger dans ma chambre. Je mange très mal. J'envisage éventuellement de retourner en Inde. Je n'ai toutefois pas de logement là-bas.

Il manque dans les rapports médicaux une anamnèse complète, car j'ai eu plusieurs autres accidents avant celui de 2011. Je me suis toujours réadapté par moi-même, mais j'ai perdu toutes les places de travail que j'ai pu avoir en raison de problèmes médicaux. J'avais envisagé une dernière adaptation en retirant mon deuxième pilier pour débiter le commerce en Inde. Actuellement, je considère que je ne peux plus me réadapter. »

La représentante de l'OAI a déclaré : « À la question de savoir pourquoi le calcul du degré d'invalidité est fondé sur deux tabelles statistiques différentes, soit l'ESS 2010 pour le revenu sans invalidité et l'ESS 2012 pour le revenu d'invalidé, je demande qu'un délai soit fixé à l'OAI pour répondre, car en l'état, le calcul n'avait pas été contesté par le recourant. Je souhaite donc me déterminer en même temps que je le ferai sur les nouvelles pièces médicales que le recourant a annoncées. Je préciserai également le début de l'aptitude de la réadaptation du recourant. »

17. Le 11 janvier 2016, le recourant a sollicité un délai supplémentaire pour faire parvenir les rapports médicaux annoncés ; il en a fait de même les 10 février et 11 mars 2016.
18. Le 22 février 2016, l'OAI a transmis un rapport AI du Dr G_____ du 17 février 2016 attestant d'un accident de l'assuré en Inde le 6 avril 2011 et posant les diagnostics de fracture ouverte de la diaphyse fémorale D, fracture fermée du tibia et péroné droits, fracture du plateau tibial externe droit. F11.2 syndrome de dépendance des opiacés ; F12.2 troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance ; F13.2 troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance ; hyperparathyroïde secondaire à une carence sévère en vitamine D (9.12.2015) ; hypofolatémie.

Il soignait l'assuré depuis le 7 mai 2014. Celui-ci, après son rapatriement en Suisse, le 30 novembre 2012, avait été régulièrement évalué par la consultation multidisciplinaire d'orthopédie traumatologique aux HUG, avec une prise en charge conservatrice, l'assuré étant récusé pour la chirurgie en raison du mauvais pronostic de cicatrisation en raison de sa consommation de tabac et de cannabis. Sur le plan symptomatique, au niveau du membre inférieur droit, l'assuré disait actuellement être réveillé le matin par une douleur, prédominante à la cheville et irradiant dans tout le membre inférieur, à type de fourmillements et charges électriques, associé à une raideur durant au minimum trois heures. Ces douleurs étaient associées le matin à des vertiges type tangage. Il se plaignait également, lors de station assise prolongée, de douleurs type crampes paroxystiques au niveau de la fesse droite, soulagée par la mise en mouvement, aggravée si station assise poursuivie. Même plainte au niveau de la fesse gauche, mais déclenchée plutôt par la marche. Au niveau des lombaires, douleurs constantes, non soulagées par le repos, aggravées lors de position assise ou debout prolongée, partiellement soulagées par la médication antalgique habituelle (AINS, paracétamol et morphinique). Les douleurs des membres inférieurs, lorsqu'elles étaient intenses, provoquaient quotidiennement (plusieurs fois par jour) des céphalées pulsatiles, diffuses, prédominantes au vertex, associées à des nausées, sans vomissement grâce à la prise rapide d'un antiémétiques, mais provoquant une inappétence jusqu'à 22 h en général. Pas

d'amélioration prévue en raison de l'absence de sanction chirurgicale. On visait une stabilisation des douleurs sous le traitement antalgique actuel. En raison du traitement addictologique, la capacité de concentration, d'attention et d'apprentissage étaient réduites ; aucune activité physique n'était possible.

19. Le 11 avril 2016, l'assuré a répliqué. Il a transmis les pièces suivantes :

- un rapport de la consultation multidisciplinaire d'orthopédie infectieuse du 21 février 2013, relevant deux problèmes, soit un status un an et demi post-fracture compliquée avec perte de l'axe au niveau du fémur distal et tibio-péroné proximal, qui montrait une perte de l'axe important, ainsi qu'une cicatrisation instable au niveau du mollet gauche avec une cicatrice latérale et médiale qui progressait lentement favorable. Des examens radiographiques étaient suggérés ;
- un rapport de scanner de la jambe droite du 26 février 2013 concluant à un « status post-plusieurs fractures déplacées avec formation de cal osseux au niveau du fémur distal et de la jambe à droite (cf. description). Pas de pseudarthrose. Fragment osseux intra-médullaire au niveau de la diaphyse moyenne du tibia : séquestre osseux non exclu, à corréler à la clinique. Déminéralisation mouchetée au niveau de la cheville, pouvant correspondre à la décharge envers un syndrome douloureux régional complexe, à corréler à la clinique » ;
- un rapport de la consultation multidisciplinaire d'orthopédie infectieuse du 16 juillet 2013 relevant qu'une consolidation au niveau du fémur s'était effectuée en position extrêmement déformée avec un volumineux pont osseux postérieur. Il n'était pas sûr qu'une chirurgie puisse apporter une quelconque amélioration. Ceci dans la mesure également où actuellement, il y avait un status cutané totalement fermé, avec une peau tibiale relativement fragile et la plus grande réserve était émise quant à une éventuelle indication opératoire ; l'assuré était adressé au docteur I_____, chef de clinique dans le service de chirurgie ambulatoire, pour évaluer le problème de genou ;
- un rapport d'IRM du genou du 28 octobre 2013 concluant à une « consolidation vicieuse de la fracture diaphysaire du tiers inférieur du fémur droit avec un éperon osseux traversant le corps du muscle vaste interne. Amputation du bord libre du ménisque interne avec une fissure radiaire (cf. description). Fissure radiaire du ménisque (cf. description). Intégrité des ligaments croisés et latéraux, ainsi que du tendon rotulien » ;
- un rapport du 15 novembre 2013 du Dr I_____ selon lequel l'assuré présentait une double symptomatologie, soit, d'une part, des douleurs au versant supéro-interne de son genou, présentes à la marche, même de courte durée, et estimées

à un niveau de 7 à 8 sur 10 ; l'assuré décrivait peu de douleurs au repos ou la nuit ; il ne décrivait pas de douleurs à hauteur de sa jambe droite. D'autre part, des sensations d'instabilité, avec boiterie. Globalement, le bilan radiographique objectivait une ostéoporose du membre inférieur, particulièrement marquée à hauteur du genou. L'ostéoporose était sévère à hauteur du moignon diaphysaire fémoral du fragment proximal qui pointait sous la peau. Il proposait une IRM et un CT-scan du genou ;

- un courriel du 7 avril 2014 de la doctoresse C_____ indiquant qu'après discussion lors d'un colloque multidisciplinaire, elle avait décidé, avec le Prof. J_____, qu'ils ne proposeraient pas d'ostéotomies ni de chirurgies majeures visant à rallonger le membre inférieur. C'était déjà extraordinaire que l'assuré ait pu consolider de telles fractures et ce serait prendre de gros risques que de faire des opérations lourdes dans ce terrain ;
 - les rapports des 29 août et 15 septembre 2014 de la Dresse C_____ ;
 - un courriel du 12 septembre 2014 de la dresse C_____ attestant d'une inégalité de longueur de jambes de 4,5 cm en défaveur de la droite avec une boiterie et maintenant des douleurs lombaires. Il aurait fallu lui faire des chaussures sur mesure pour compenser cet inégalité ;
 - le rapport du Dr D_____ du 24 décembre 2014 ;
 - une attestation du Dr G_____ du 30 avril 2014 selon laquelle l'assuré présentait une double symptomatologie, soit, d'une part, des douleurs au versant supéro-interne de son genou, présentes à la marche, même de courte durée, et estimées à un niveau de 7 à 8 sur 10 ; l'assuré décrivait peu de douleurs au repos ou la nuit. D'autre part, des douleurs lombaires, constantes, probablement secondaires aux troubles statiques liés au raccourcissement de son membre inférieur droit. Ces douleurs n'étant pas soulagées par les antalgiques simples ; l'assuré avait augmenté sa consommation de cannabis par voie fumée (4-5 gr/jour) pour palier à la douleur (et dépendance). Il dépensait actuellement 80% de son argent en cannabis, mangeait mal et était en souci pour l'achat de son médicament. Dans ce contexte, une automédication de dérivés du cannabis permettait probablement un contrôle des douleurs, qu'il serait préférable de consommer en inhalation pour réduction des risques pour sa santé.
20. Le 25 avril 2016, la doctoresse K_____, du SMR, a rendu un avis relevant qu'« en ce qui concerne les effets secondaires du traitement addictologique (opiacé et benzodiazépines), notons qu'il s'agit de traitements de substitution dans un contexte de toxicomanie connue depuis 1988 (cf RM du 30.01.2015 du Dr E_____). Au vu des éléments au dossier, il s'agit d'une toxicomanie primaire. Elle évolue en l'absence de toute comorbidité psychiatrique et a clairement précédé la

problématique orthopédique. Soulignons que l'assuré poursuit une consommation de cannabis active et importante. On ne sait pas s'il continue à consommer de l'héroïne en plus du traitement de substitution. Quoi qu'il en soit, l'assuré reçoit 180 mg/j de Méthadone, ce qui correspond effectivement à un dosage élevé alors que la dose journalière maximale recommandée est de 120 mg/j. Toutefois, il n'y a habituellement pas d'effets secondaires durables dans les traitements au long cours, du fait de l'accoutumance. Si tel était le cas, il conviendrait de revoir la posologie à la baisse. De même que le 15 mg 3x/j de Seresta par jour reste une posologie modeste, notamment pour un consommateur régulier. Au final, dans un contexte de consommation continue de cannabis, nous partons du principe que les effets secondaires sont, jusqu'à preuve du contraire, attribuables à cette substance. En ce qui concerne les limitations orthopédiques, rappelons qu'il en a déjà été tenu compte dans l'avis final du SMR du 23.06.2015. Notons qu'aucun RM émanant d'un orthopédiste ou d'un médecin somaticien n'est transmis dans le cadre du recours. Les diagnostics attestés par le Dr L_____ sont déjà connus et ont été pris en compte. Les céphalées, nausées et douleurs lombaires sont des notions anamnétiques, subjectives qui ne sont pas traduites par des diagnostics et qui n'ont pas de rapport avec l'atteinte du membre inférieur. Au final, les éléments apportés dans le cadre du recours rappellent la présence d'une toxicomanie primaire qui n'est pas du ressort de l'AI. Au sujet de la problématique orthopédique, aucun fait nouveau ou ignoré n'est apporté. Ainsi, contrairement à ce qu'affirme Me N_____, les aspects médicaux ont bien été clarifiés lors de l'instruction initiale. Nous nous trouvons clairement dans le cadre d'une appréciation différente d'un même état de fait. Le RM du Dr G_____ est en contradiction avec celui des orthopédistes qui ne parlent pas de limitation dans une activité adaptée (Dr C_____ et D_____) et surtout avec celui du Dr M_____, psychiatre du CAAP dans lequel ce médecin soulignait une CT entière sur le plan psychiatrique. Dans ce contexte, les conclusions précédentes du SMR restent entièrement valables. »

21. Le 25 avril 2016, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 10% en se fondant sur un revenu sans invalidité, selon l'ESS TA1 2012, et un revenu d'invalidité identique, avec une déduction de 10%.
22. Le 25 avril 2016, l'OAI a observé qu'il se ralliait à l'avis du SMR du 25 avril 2016 en soulignant qu'une expertise judiciaire n'était pas justifiée et que le degré d'invalidité de 10% était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.
23. Le 18 mai 2016, l'assuré a observé que l'opération de son membre inférieur n'avait pas pu être pratiquée, non pas en raison de problèmes de cicatrisation liés à sa consommation de tabac/cannabis, mais en raison de la consolidation de fracture multiple du fémur ; le Dr N_____ était son médecin généraliste et non pas son

psychiatre ; sa demande de prestation était basée sur ses limitations physiques et non pas sur sa toxicomanie, étant précisé qu'il avait bien cessé sa consommation d'héroïne ; la Dresse C_____ ne s'était pas prononcée sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles ; il en était de même du Dr D_____ ; une expertise médicale était donc nécessaire.

24. Le 21 juin 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une expertise à la doctoresse O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et P_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et leur a fixé un délai au 12 juillet 2016 pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation de l'experte et sur la mission d'expertise.
25. Par ordonnance du 1^{er} septembre 2016, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique et orthopédique aux Drs O_____ et P_____.
26. Le 10 « octobre » 2016, le Dr P_____ a rendu son rapport d'expertise fondé sur un examen de l'assuré du 7 octobre 2016.

L'assuré se plaignait de douleurs survenant au niveau du bas du dos, au niveau des cuisses, des fesses à la hauteur du genou droit. Il se plaignait d'une limitation de l'amplitude articulaire du genou, de déformation et de raccourcissement du membre inférieur droit. Il évoquait aussi des douleurs de cheville droites qui étaient des séquelles douloureuses au niveau du mollet gauche ; douleurs omniprésentes, qui l'empêchaient de se déplacer sans cannes et l'obligeaient, même assis, à changer fréquemment de position ; il ne parvenait pas à garder la même position plus que quelques minutes. En plus de cela, il se plaignait de fréquentes céphalées et d'une fatigabilité importante.

Des radiographies de la colonne vertébrale du 15 novembre 2016 montraient une scoliose dorso-lombaire avec rétrolisthésis de L2 avec discarthrose sévère L2-L3 et L4-L5. Bascule du bassin en défaveur de la droite de 47 mm, pas de coxarthrose. Fracture complexe du tiers distal du fémur avec un important cal et position antérieure vicieuse de la métaphyse distale du fémur. Fracture du tibia et du péroné avec ossification de la membre interosseuse et cal important. Déviation de l'axe mécanique. Ebauche d'atteinte dégénérative du pilon tibial. Dystrophie osseuse du membre inférieur. Pas de pincement des compartiments tibio-fémoraux. Ebauche d'atteinte dégénérative de la tibio-astragaliennne.

Il a posé le diagnostic de séquelles de fracture complexe du fémur droit, avec importantes séquelles motrice, défaut de longueur, d'axe et de rotation du fémur droit, avec amyotrophie associée. Séquelles douloureuses d'un traumatisme de la cheville droite datant de 1991. Status après probable fasciotomie et surinfection du mollet gauche survenu en 2011 en Inde. Lombalgie et sciatralgie bilatérale d'origine

mal dégénérative depuis les années 1990 et ayant motivé l'arrêt de son activité de cuisinier. Toxicomane en traitement par Méthadone.

L'assuré ne pouvait soulever des charges ; il serait capable de manipuler des outils légers mais pour un temps limité, car les douleurs dorsales et des membres inférieurs l'empêchaient de changer très régulièrement de position ; il n'y avait pas de limitation pour la mobilisation des bras et de la tête, par contre le patient était incapable de rester debout ou assis plus de quelques minutes. Il était incapable de monter sur une échelle, les escaliers se faisaient avec deux cannes. La marche en terrain irrégulier était inconfortable car elle décompensait à la fois les douleurs de cheville et de dos. Il ne pouvait travailler dans un milieu froid, chaud, humide, poussiéreux.

L'assuré était totalement incapable d'exercer une activité lucrative en raison des dorsalgies et lombalgies associées aux troubles statiques sévères du membre inférieur droit, ainsi que plus discrètement celles liées au traumatisme de la jambe gauche. Le pronostic de reprise d'une activité était nulle, le patient n'était pas motivé, il disait souffrir de manière importante des séquelles de son accident mais également des séquelles d'un état préexistant ; il n'avait pas de projet et ne se voyait pas reprendre une quelconque activité ; dans la situation actuelle, l'expert ne voyait pas comment il pourrait se remettre à travailler, même pour un travail sédentaire ne nécessitant pas de déplacement. L'ancienne activité de cuisinier n'était pas exigible en raison des problèmes de douleurs du rachis, des limitations fonctionnelles du genou.

Dans la situation actuelle, l'expert ne croyait pas qu'une activité adaptée soit possible chez l'assuré, et cela depuis l'accident de 2011.

Une intervention chirurgicale n'était pas appropriée.

L'expert n'était pas d'accord avec l'avis du SMR du 23 juin 2015 car la position assise ne changeait en rien la problématique des douleurs du patient et que ce dernier, même pendant l'expertise, était incapable de rester assis plus de quelques minutes, sans devoir se lever pour changer de position.

27. Le 10 avril 2017, la Dresse O_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé notamment sur trois entretiens avec le recourant les 9, 16 février et 13 mars 2016 et un entretien téléphonique avec le Dr Q_____ et R_____, infirmier à la consultation ambulatoire d'addictologie psychiatrique Arve.

L'assuré était suivi à la consultation ambulatoire d'addictologie psychiatrique Arve et bénéficiait d'une cure de substitution (méthadone). L'assuré n'avait pas de plainte au niveau psychiatrique.

Le Dr Q_____ avait suivi le Dr E_____ qui avait quitté le service mais n'avait pas encore vu l'assuré.

M. R_____, qui suivait l'assuré depuis décembre 2012, n'avait pas observé de signe de souffrance psychique ou de débordement émotionnel.

L'experte a posé les diagnostics de :

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis. Syndrome de dépendance, utilisation continue F 12.25. Dépendance évoluée depuis l'adolescence.
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés. Syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de substitution, sous surveillance médicale. Le trouble évolue depuis l'âge de 26 ans.
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques. Syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue.

L'examen clinique ne révélait pas un trouble psychiatrique antérieur ou au décours des troubles de l'addiction, ni successif au traumatisme.

Dès 1993, date du début de la dépendance aux opiacés et jusqu'à 2003, date de la fin de la dernière mission proposée par le chômage, l'assuré avait occupé différentes places de travail et la dépendance aux opiacés n'avait pas eu alors un impact notable sur sa capacité de travail. Lors de l'évaluation, l'assuré ne montrait pas de limitations fonctionnelles pouvant être attribuées aux opiacés. En effet, la capacité d'attention et de concentration était dans les normes, aussi bien à l'examen qu'au test d'évaluation des fonctions cognitives. Pour ce qui était du cannabis, l'utilisation de cette substance était régulière et à haut dosage. L'assuré se trouvait dans un stade de pré contemplation vis-à-vis de cette substance. En effet, il ne voyait pas d'inconvénients à la consommation du cannabis et ne souhaitait pas changer son comportement.

Au niveau de la capacité de travail, il était décrit que la consommation chronique de cannabis pouvait provoquer chez les usagers un syndrome amotivationnel et pouvait réduire de ce fait la capacité de travail. Il était difficile de retenir ce syndrome chez l'assuré, qui arrivait à se mobiliser de manière active lorsqu'il avait une démarche sociale ou administrative, devait venir chercher son traitement ou déposer une demande médicale. Par ailleurs, cette dépendance était présente depuis l'adolescence et ne semblait pas avoir entravé par le passé la capacité de travail de l'assuré. Concernant la dépendance aux benzodiazépines, la consommation de cette substance était sous contrôle médical (faibles dosages) et n'était pas à l'origine d'un comportement compulsif. Il s'agissait plutôt d'un syndrome de tolérance vis-à-vis de cette substance.

L'examen clinique écartait un trouble psychiatrique constitué mais mettait en évidence des traits d'un trouble de personnalité narcissique, sans retentissement notable sur la capacité de travail. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au niveau psychiatrique et la capacité de travail était totale ; en particulier, il n'y avait pas d'altération des fonctions cognitives due à la consommation de substance.

28. Le 15 mai 2017, le Dr S_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel les deux expertises étaient contradictoires car le Dr P_____ dressait un tableau douloureux très sévère avec une capacité de travail nulle alors que la Dresse O_____ relevait des conséquences très minimes dans la vie privée de l'assuré, avec une pleine capacité de travail. Le Dr P_____ ne fournissait pas de justification médicale objective et intégrait des facteurs psycho-sociaux dans son évaluation ; son rapport n'était pas convaincant ; en particulier, il retenait des douleurs rachidiennes, mais il relevait une distance doigt-sol à 0 cm, confirmant l'absence de sévérité des atteintes rachidiennes. Il attestait une capacité de travail nulle, même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, mais ne justifiait cela que par une absence de motivation de l'assuré, (en particulier l'absence de projet professionnel) et les plaintes douloureuses alléguées. Enfin, il écrivait qu'il n'était « pas compétent, en tant que chirurgien orthopédique, pour émettre un avis » en ce qui concernait l'absence de limitations fonctionnelles dans une activité adaptée. On avait alors du mal à comprendre comment était faite l'évaluation de la capacité de travail dans une telle activité.
29. Le 16 mai 2017, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du SMR et a maintenu ses conclusions en rejet du recours.
30. Le 22 mai 2017, le recourant a observé que l'expertise du Dr P_____ et celle de la Dresse O_____ étaient probantes. Il convenait de constater qu'il était totalement incapable de travailler, le Dr P_____ ayant expliqué que la position assise au travail était exclue au vu des douleurs lombaires et dorsales, des troubles statiques sévères du membre inférieur droit et du traumatisme de la jambe gauche.
31. Le 1^{er} juin 2017, le recourant a observé que les remarques du SMR étaient de mauvaise foi car il n'y avait pas de contradiction entre l'expertise psychiatrique qui excluait toute limitations et l'expertise orthopédique qui concluait à l'absence de toute capacité de travail et était fondée sur des éléments objectifs détaillés et bien motivés.
32. Sur quoi la cause a été gardée 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 1er 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.
4. 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).
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations

liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au

second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

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

cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8. 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. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV

n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

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

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. 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).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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). 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 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).

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'office AI 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).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

11. En l'espèce, par ordonnance du 1^{er} septembre 2016, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique et orthopédique aux Drs O_____ et P_____. Elle a considéré, pour motiver cette mesure d'instruction, que l'intimé s'était fondé, pour rendre sa décision de refus de prestations, sur l'avis du SMR du 23 juin 2015,

lequel faisait implicitement référence aux rapports des 24 décembre 2014 du Dr D_____ et 30 janvier 2015 du Dr E_____, que toutefois, le Dr G_____ avait attesté, le 30 avril 2014, d'une augmentation de la consommation de cannabis du recourant en raison de douleurs somatiques, ainsi que, le 22 février 2016, d'un suivi depuis le 7 mai 2014 et d'une incapacité du recourant à exercer toute activité physique, que par ailleurs, aucun orthopédiste ne s'était précisément prononcé sur la capacité de travail du recourant.

12. Les experts ont rendu leur rapport le 10 décembre 2016 pour le Dr P_____ et le 10 avril 2017 pour la Dresse O_____.

Du point de vue psychiatrique, les parties reconnaissent la valeur probante de l'expertise de la Dresse O_____ et la conclusion de celle-ci quant à une capacité de travail totale du recourant dans toute activité. Il convient de confirmer cette conclusion.

Du point de vue somatique, le recourant approuve le rapport du Dr P_____ alors que l'intimé en conteste la valeur probante.

Fondé sur un examen clinique détaillé du recourant, ainsi que des radiographies récentes du 15 novembre 2016, l'expertise qui comprend une anamnèse, les plaintes du recourant et expose de façon claire les diagnostics et les limitations fonctionnelles du recourant, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert a mentionné, s'agissant des limitations fonctionnelles du recourant, que celui-ci présentait des douleurs dorsales et des membres inférieurs qui l'empêchaient de changer très régulièrement de position et qui le rendaient totalement incapable de rester debout ou assis plus de quelques minutes ; il était de plus incapable de monter sur une échelle, de monter des escaliers sans canne, et la marche en terrain irrégulier était inconfortable car elle décompensait à la fois des douleurs de cheville et de dos. Enfin, il ne pouvait travailler dans un environnement froid, chaud, humide et poussiéreux ; la capacité de travail du recourant était donc nulle.

Il convient de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire et de reconnaître que le recourant présente, depuis son accident du 6 avril 2011, une incapacité de travail totale dans toute activité.

13. a. L'intimé a émis certaines critiques à l'égard de l'expertise du Dr P_____, celles-ci ne sont toutefois pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

b. Préalablement, le SMR estime que les expertises judiciaires sont contradictoires. Or, la Dresse O_____ ne s'est prononcée que sur les éventuels diagnostics

psychiatriques qui pouvaient entrer en ligne de compte. Par ailleurs, la Dresse O_____ a relevé des éléments qui rejoignent les constatations et conclusion du Dr P_____ : elle mentionne qu'au cours des entretiens, le recourant doit souvent changer de posture à la recherche d'une position confortable, notamment en ce qui concerne le membre inférieur droit ; s'il ne présente pas de plaintes algiques au cours des entretiens, il fait néanmoins part de ses difficultés pour se mettre en action le matin en raison des raideurs de la jambe droite ; il dit avoir dû faire un travail sur lui-même pour arriver à accepter ce qui lui est arrivé et souhaite retourner vivre en Inde où il pourra bénéficier de soins corporel plus adaptés et bénéfiques à son état (expertise O_____ p. 13) ; le cannabis était toujours utilisé à haut dosage, et on ne pouvait écarter un effet bénéfique de cette substance sur les plaintes fonctionnelles telles les douleurs et raideurs (expertise O_____ p. 17 et 23) ; finalement la Dresse O_____ rappelle que l'assuré est totalement incapable de travailler du point de vue orthopédique (expertise O_____ p. 23).

Ainsi, on ne saurait suivre l'intimé lorsqu'il estime que la Dresse O_____, contrairement au Dr P_____, relève des conséquences très minimes dans la vie privée du recourant, avec une pleine capacité (avis du SMR du 15 mai 2017).

c. Ensuite, le SMR souligne le fait que le recourant avait déclaré souhaiter retourner rapidement en Inde après avoir été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. Or, ce souhait n'est pas en contradiction avec la présence de limitations fonctionnelles orthopédiques importantes chez le recourant, ce d'autant que celui-ci a expliqué qu'il bénéficiait, en Inde, de meilleurs soins physiques.

d. L'intimé estime encore que le Dr P_____ intègre des facteurs psycho-sociaux dans son évaluation, sans fournir de justification médicale objective.

A cet égard, le Dr P_____ a relevé des limitations fonctionnelles importantes, en lien avec les diagnostics posés (expertise P_____ p. 5-6) ; s'il a relevé que le recourant n'était pas motivé pour reprendre une activité lucrative et qu'il n'avait pas de projet, il a lui-même indiqué qu'il ne voyait pas comment le recourant pourrait se remettre à travailler, même pour un travail sédentaire ne nécessitant pas de déplacement et a relevé qu'une activité adaptée n'était pas possible depuis l'accident (expertise P_____ p. 6).

e. Enfin, la remarque du Dr P_____ sur son incompetence en tant que chirurgien orthopédique pour émettre un avis sur celui du SMR du 25 avril 2016 ne peut être comprise que par rapport à l'analyse complète faite par la Dresse K_____ des capacités du recourant, et, en particulier, de l'estimation par celle-ci de la présence d'une toxicomanie primaire, étant relevé que le Dr P_____ s'est prononcé clairement sur la capacité de travail du recourant du point de vue orthopédique.

14. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions des expertises judiciaires et de reconnaître au recourant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 6 avril 2011.

Partant, le degré d'invalidité du recourant est, depuis le 6 avril 2012, de 100 %, lequel donne droit à une rente entière d'invalidité.

La demande de prestations ayant été déposée le 20 juin 2014, le droit aux prestations débute le 1^{er} décembre 2014.

15. Le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2014.

16. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet ;
3. Annule la décision de l'intimé du 9 septembre 2015 ;
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2014 ;
5. Met un émolument de CHF 200.-, à charge de l'intimé ;
6. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- au recourant, à la charge de l'intimé ;
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 :

Julia BARRY

La présidente :

Valérie MONTANI

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