

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3800/2016

ATAS/20/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 janvier 2018**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A \_\_\_\_\_, domicilié c/o Mme B \_\_\_\_\_, à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et  
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) né le \_\_\_\_\_1974, serrurier (titulaire d'un CFC de serrurier-constructeur), domicilié à Genève, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 juillet 2006, pour maladie, soit un syndrome des loges. Après avoir fumé de l'héroïne le soir du 17 novembre 2005, il s'était couché dans son lit (futon). Au réveil le lendemain il avait des douleurs et des paresthésies du MID avec impotence fonctionnelle majeure (impossibilité de tenir debout). Il était totalement incapable de travailler dès le 17 novembre 2005. Il demandait notamment des mesures de réadaptation professionnelle.
2. Le 4 septembre 2006, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation aux Hôpitaux universitaires de Genève – Beau-Séjour (ci-après : HUG) avait communiqué son rapport à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il avait posé les diagnostics incapacitants de syndrome des loges du membre inférieur droit (ci-après : MID) (fesse cuisse et jambe) sur décubitus prolongé en position vicieuse avec rhabdomyolyse massive et insuffisance rénale aiguë le 18 novembre 2015, status post (ci-après : s/p) fasciotomie de la jambe droite médiale et latérale, avec déficit neurologique du pied droit et s/p fasciotomie de la cuisse médiale et latérale. Après une hospitalisation dès le 18 novembre 2005 aux HUG, dont une partie aux soins intensifs, et deux mois à Beau-Séjour pour la réadaptation à la marche et renforcement musculaire (parésie distale du MID et hypoesthésie du dos du pied), le patient avait pu regagner son domicile le 21 janvier 2006, étant indépendant pour les activités de la vie quotidienne avec l'aide de deux cannes anglaises. Dans le cadre du suivi ambulatoire consécutif à cette hospitalisation, on notait une excellente évolution de la récupération de la force musculaire. Sa plainte actuelle principale était la persistance de douleurs au niveau de la plante du pied et la sensation de peau cartonnée à ce même niveau ; manque de force musculaire (en amélioration) au niveau des muscles péroniers. Constatations objectives : marche physiologique avec un pied varus plus grand à droite qu'à gauche. Incapacité totale de travail (100 %) dès le 18 novembre 2005, persistant à ce jour. L'activité exercée n'était plus exigible ; en revanche une réinsertion professionnelle était possible (immédiatement) dans un travail manuel léger, petite menuiserie, dessinateur assisté par ordinateur (DAO), sans déplacement en terrain accidenté ou sur des échelles. Un travail dans une activité adaptée était exigible à ces conditions, l'assuré étant également demandeur pour un travail assis (informatique, dessinateur en architecture,...). Une telle activité était possible à raison de huit heures par jour sans diminution de rendement. Il fallait être attentif au risque de chutes et d'entorses des deux chevilles.
3. Il a bénéficié d'une formation professionnelle en entreprise du 1<sup>er</sup> décembre 2006 au 31 juillet 2007, couronnée de succès mais sans engagement en raison de plusieurs retraits de permis en trois semaines, après un premier retrait pour lequel l'OAI était

---

déjà intervenu. Capable de travailler à 100 % (dans une activité adaptée sans baisse de rendement), il aurait pu bénéficier d'un salaire mensuel de CHF 4'500.- x 13.

4. Par courrier du 4 octobre 2007, l'OAI avait constaté que le reclassement professionnel dont l'assuré avait bénéficié en tant qu'employé en serrurerie légère lui permettait d'exercer cette activité à plein temps et de rétablir en partie la capacité de gain. La comparaison des revenus avec et sans invalidité déterminait un manque à gagner (perte de gain) de CHF 14'156.- (CHF 72'656.- - CHF 58'500.-), soit un taux d'invalidité de 19.48 % arrondi à 19 %. L'assuré pouvait, s'il n'était pas d'accord avec cette communication, solliciter par écrit une décision sujette à recours, dans un délai de trente jours. Tel n'a pas été le cas.
5. Le 6 février 2012 l'assuré a déposé une seconde demande de prestations avec rente d'impotence, en raison d'une nécrose de la tête fémorale de la jambe droite. Il était en incapacité totale de travail dès le 23 mars 2011 et touchait des indemnités journalières cantonales de chômage (PCM). Il avait été hospitalisé aux HUG du 17 au 24 janvier 2012 pour la mise en place d'une prothèse totale (ci-après : PTH) de la hanche droite. Son dernier emploi était celui de concierge à temps partiel chez C\_\_\_\_\_ immobilier SA, depuis 2009, encore en cours (jusqu'au 30 septembre 2012), pour un salaire de CHF 700.- par mois, à raison de huit heures par semaine environ.
6. a. Le 24 février 2012, le docteur E\_\_\_\_\_, FMH en médecine générale et médecin-traitant, a posé les diagnostics de toxicomanie (en cure de méthadone), syndrome des loges MID opéré en 2006, PTH en 2012 sur ostéonécrose de la tête fémorale et éthylisme chronique. L'état de santé s'était aggravé ; il pouvait être amélioré par une cure de désintoxication et la prise d'antalgiques (pour le MID). Il était totalement incapable de travailler dans l'activité exercée en dernier lieu en tant que serrurier, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010 pour une durée indéterminée, en raison des douleurs invalidantes consécutives au syndrome des loges et à la PTH. On pouvait toutefois s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail (ci-après : CT) à un taux se situant entre 50 et 100 %, sans pouvoir préciser la date d'une telle reprise.  
b. Ce médecin a précisé dans un rapport du 30 avril 2012 que la toxicomanie existait depuis l'âge de 15 ans. Les diagnostics avec effet sur la CT étaient : syndrome des loges, ostéonécrose tête fémorale droite MID (op. PTH en 2012), toxicodépendance et éthylisme existant depuis 2006-2011 ; et sans effet sur la CT : cure de méthadone depuis 1988. Le pronostic était incertain. La CT dans l'activité exercée était nulle, mais elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (ne pas porter, se baisser, ne pas marcher longtemps).
7. Par décision du 21 juin 2012, l'OAI a accordé à l'assuré une allocation pour impotent de CHF 464.- depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012 (degré d'impotence faible à domicile), maintenue après révision en octobre 2013.

8. a. Le 7 décembre 2012, le médecin traitant a adressé un rapport intermédiaire à l'OAI : l'état de santé était resté stationnaire depuis 2010, les diagnostics étaient les mêmes. Le traitement consistait dans la prescription d'AINS, de Tramal, de méthadone et une psychothérapie chez le docteur F\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH.
- b. Le 17 décembre 2012, il a répondu à un questionnaire supplémentaire de l'OAI :
1. Atteintes à la santé avec répercussions sur la CT : toxicomane en cure de méthadone, syndrome des loges MID, éthylisme – borderline - dépression, hanche droite opérée PTH avec douleurs à l'effort.
  2. Atteintes sans répercussions sur la CT : angoisses chroniques.
  3. Limitations fonctionnelles : ne peut porter des charges et se relever facilement ; troubles de la concentration et instabilité mentale.
  4. Début de l'incapacité de travail justifiée médicalement : 1<sup>er</sup> juillet 2010.
  5. Evolution des incapacités de travail dans l'activité habituelle : nombreuses durant l'année 2010 en raison de sa pathologie du bassin (syndrome des loges et coxarthrose sur ostéonécrose D).
  6. Evolution des incapacités de travail dans une activité adaptée : 100 % d'arrêt dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010.
  7. CT exigible dans activité habituelle : 0 % comme serrurier.
  8. CT exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles : 50 % dans un travail adapté, possiblement en 2014.
  9. Eventuelles propositions thérapeutiques exigibles susceptibles d'influencer la CT : suivi en psychothérapie (Dr F\_\_\_\_\_).
  10. Pronostic : incertain. Reconversion souhaitée.
9. Le 21 février 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré lui avait été adressé par le docteur G\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et gastroentérologie, en raison de ses problèmes d'alcool, sa consommation excessive ayant causé des syndromes gastroentérologiques. Il relève notamment que le patient souffre d'alcoolisations importantes rendant sa vie difficile. Un traitement à base de Baclofen a été mis en place (jusqu'à des doses de 250 mg); cette posologie a eu des effets thérapeutiques intéressants, réduisant la consommation d'alcool. Lorsqu'il l'a pris en charge, il absorbait quelque trois litres de bière par jour et à ce jour il en consommait toujours, mais moins d'un litre par jour. Il lui était impossible de répondre à la question de la CT, car celle-ci était liée en grande partie aux conséquences du syndrome des loges ainsi qu'à ses capacités motrices (PTH). À ce jour l'alcoolodépendance n'était pas un frein à une reprise de l'activité professionnelle, ceci sans limitations liées à ce diagnostic.
10. Le SMR (Dresse H\_\_\_\_\_) a émis un avis le 5 mars 2013 : après avoir rappelé les caractéristiques principales des atteintes à la santé, - en substance : toxicomane ayant présenté un syndrome des loges du MID, ayant formé une nouvelle demande en raison d'une aggravation de son état de santé (en réalité une nouvelle atteinte) avec nécrose de la tête fémorale opérée par PTH le 24 janvier 2012 -, le SMR a retenu qu'actuellement, sur le plan somatique, la situation s'est améliorée, le médecin traitant retenant une CT entière dans une activité adaptée (selon son certificat médical du 30 avril 2012). Le SMR note que, selon l'assureur perte de

---

gain l'incapacité de travailler est totale depuis le 25 juillet 2011. Les autres atteintes n'influencent pas la capacité de travail selon le Dr F\_\_\_\_\_. Le SMR conclut donc à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position statique). L'aptitude à la réadaptation existe dès le 30 avril 2012. Le SMR propose la transmission du dossier à la permanence du service de réadaptation (Réa).

11. Par courrier du 29 novembre 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Depuis le 25 juillet 2011 (début du délai d'attente d'un an), sa CT est considérablement restreinte. S'il était en bonne santé il aurait continué à travailler en qualité de serrurier-constructeur. Selon le SMR, il s'avère que dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles la CT médico-théorique raisonnablement exigible est de 100 % sans baisse de rendement depuis le mois d'août 2006. Au 1<sup>er</sup> août 2012, date à laquelle, le versement d'une rente pourrait intervenir (demande tardive), il ne présentait pas d'incapacité de travail ouvrant le droit à des prestations : à cette date la situation était identique à celle qui prévalait au moment de la précédente décision, à savoir un taux d'invalidité de 19 %. En conséquence, la demande était rejetée.
12. Par courrier du 20 décembre 2013, par le truchement de son médecin traitant, l'assuré a contesté le projet de refus de prestations (rente et mesures professionnelles) de l'OAI du 29 novembre 2013.

Se référant à son rapport du 29 novembre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ observe que ce patient est alcoolique et toxicomane en cure de méthadone. Concernant le syndrome des loges du MID, il a été adressé au Dr I\_\_\_\_\_, FMH en anesthésiologie et spécialiste de la douleur, et à la docteure J\_\_\_\_\_, FMH en neurologie, laquelle a procédé à un EMG et conclu à des lésions neurologiques motrices et sensitives. Le Dr I\_\_\_\_\_ avait adressé le patient à Lausanne, dans un centre spécialisé pour évaluation des traitements éventuels. Il était question d'une opération sur un nerf de la jambe droite. Il était dès lors trop tôt pour statuer au sujet de ce patient. Des investigations étaient en cours, pour pouvoir déterminer ce qui est séquellaire au syndrome des loges et ce qui est guérissable. Les décisions ne pouvaient pas être prises pour l'instant, quant à une infirmité ou pas. Il rappelait enfin qu'il s'agit d'une personne souffrant de nombreuses pathologies, parfois psychiques et physiques, avec également des addictions.

13. En mai 2014, le Dr E\_\_\_\_\_, sur demande du SMR, a fait parvenir à l'OAI divers documents médicaux émanant notamment des médecins susnommés.
14. Le 19 mai 2014 le SMR, se référant à l'avis du médecin traitant qui relève que des investigations sont en cours pour le traitement des séquelles du syndrome des loges du MID, a recommandé à l'OAI de solliciter des renseignements de tous les médecins traitants. Les médecins y ont répondu comme suit :

- Le docteur I\_\_\_\_\_, FMH en anesthésiologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail (CT) de s/p fasciotomie jambe et cuisse D 2005, s/p PTH D 2012 et douleur neuropathique séquellaire MID ; et sans effet sur la CT : ancienne toxicomanie substituée par méthadone et alcoolisme chronique en sevrage. Une neurolyse du nerf sciatique D avait été pratiquée au CHUV début mars 2014. À l'anamnèse : douleur neuropathique MID diurne et nocturne ; pronostic réservé. Pour la suite : évaluation pour implantation stimulateur médullaire.
  - Le médecin traitant a confirmé ses certificats antérieurs et relevé que l'intéressé pouvait travailler (en position assise) en activité adaptée dans l'horlogerie.
  - Le Dr F\_\_\_\_\_ a rappelé le traitement alcoologique d'octobre 2012 à juin 2013 et ses bons résultats. Il s'est référé à son courrier à l'OAI du 21 février 2013.
15. Le 25 septembre 2014, la Dresse H\_\_\_\_\_ (SMR) a émis un nouvel avis : au vu des avis des médecins traitants, mettre en œuvre une expertise neurologique par le Dr K\_\_\_\_\_, FMH en neurologie, expert certifié SIM, ancien chef de clinique au CHUV, afin de déterminer la CT exigible dans une activité adaptée (AA).
16. L'expert a rendu son rapport le 2 février 2015 (pièce 141 OAI) : il s'est fondé sur l'étude du dossier et sur un entretien avec l'assuré, suivi d'un examen neurologique le 29 janvier 2015. Dans son résumé du dossier et des pièces médicales il se réfère à une hospitalisation psychiatrique à Prangins pour risque suicidaire avec hallucinations visuelles du 1<sup>er</sup> au 19 septembre "2013" (ndr : en réalité l'épisode remonte à 2003 (pièce 104 OAI annexée au rapport du médecin traitant du 17 décembre 2012). Après avoir procédé à une anamnèse détaillée et systématique, et relevé les plaintes de l'assuré, l'expert a consacré un chapitre à ses constatations objectives et brièvement commenté les éléments radiologiques. Dans son appréciation, il relève que l'examen clinique montre un homme collaborant et adéquat, qui ne manifeste pas de comportement algique, ni démonstratif, ni revendicateur. Sur le plan neurologique, le tableau est celui d'une neuropathie du tronc sciatique, discrète, caractérisée par un émoussement du réflexe achilléen, par une très discrète hypomyotrophie sans parésie, limitée au muscle pédieux, et par des troubles de la sensibilité spinothalamique intéressant l'ensemble du segment jambier et l'ensemble du pied à droite. Au total, cet assuré présente des douleurs proximales au MID d'origine multifactorielle (s/p syndrome des loges ayant nécessité plusieurs fasciotomies, s/p nécrose de la tête fémorale droite, s/p PTH, et discrète neuropathie sciatique séquellaire). Il confirme que l'aggravation de l'état de santé qui a conduit au dépôt d'une seconde demande de prestations AI le 27 janvier 2012 est avérée (expertise p. 12); les limitations fonctionnelles sont surtout liées à la symptomatologie douloureuse, le déficit neurologique étant minime et sans répercussions fonctionnelles. Au plan contextuel même si elle n'est pas prise en compte par l'OAI, la toxicomanie est actuellement compensée et l'alcoolisme semble aller dans le bon sens. En conclusion, l'ensemble du tableau n'est compatible ni avec une activité de serrurier, ni de serrurier-dépanneur dans la

serrurerie légère. En revanche, dans une activité sédentaire à l'intérieur, et légère (avec des poids ne dépassant pas 15 kg), l'assuré est apte à assumer des journées complètes. L'expertisé mentionne une fatigabilité et un besoin de repos de 1h00 à 1h30 par jour, ce qui est plausible au vu de la symptomatologie douloureuse et la médication psychotrope. Ceci correspond à une baisse de la capacité de travail respectivement à une baisse de rendement d'environ 20 %. En réponse aux questions : des mesures de réadaptation sont possibles, sans délai. Capacité de travail : AA plein temps avec diminution de rendement de 20 % dès la date de l'expertise.

17. Le 25 juin 2015, le SMR (Dr L\_\_\_\_\_) a considéré que le rapport d'expertise était pleinement convaincant : la CT dans toute activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles est entière avec diminution de rendement de 20 % depuis mars 2012 (trois mois postopératoire - PTH).
18. Le 5 août 2015, l'OAI a remis à l'assuré un formulaire de révision périodique de la rente d'impotent (API). L'assuré indique être actuellement en traitement auprès de divers médecins : Dr E\_\_\_\_\_, Dr F\_\_\_\_\_, Dresse M\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne générale - acupuncture et pharmacothérapie chinoise, et Dresse N\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne générale – rhumatologie. L'assuré a visé un acte supplémentaire nécessitant le cas échéant une API de degré moyen (art. 4 AOV) : "se déplacer à l'extérieur".
19. Selon une note de travail du service de réadaptation du 6 novembre 2015, l'assuré s'estime capable de travailler dans la serrurerie légère : il a hérité de tout un outillage et de machines (de la serrurerie du Léman) et souhaiterait pouvoir bénéficier d'un réentraînement professionnel pour serrurerie légère, pour voir s'il peut se mettre à son compte par la suite (pièce 154 OAI).
20. Selon une note travail du 18 février 2016 (Doc 159 OAI), le mandat d'évaluation aux EPI n'a pas pu débiter en raison d'une aggravation de l'état de santé : l'assuré n'a plus de sensations dans les extrémités des membres inférieurs et supérieurs et dit qu'il s'agit de "soucis de terminaisons nerveuses". Il fait des examens. Suite aux procédures de reconnaissance de paternité avec le SPMi, on lui a retiré la garde de son fils (ce qui a entraîné une réaction sur le plan des toxicodépendances), raison pour laquelle il est suivi par le CAAP Grand-Pré. On attend le suivi du Dr F\_\_\_\_\_ pour évaluer s'il y a lieu d'envisager les mesures aux EPI prochainement.
21. Le 30 mars 2016, l'OAI a décerné un mandat d'enquête pour la révision de l'API: au vu des conclusions des médecins traitants qui considèrent que l'état de santé s'est amélioré – alors que l'assuré indique un besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur – il convient d'évaluer si l'API doit être supprimée, maintenue ou augmentée.
22. Le 24 mai 2016, l'assuré indique à l'OAI qu'il doit prochainement être hospitalisé à la clinique de Montana.

23. Le 1<sup>er</sup> juillet 2016, après enquête au domicile, l'OAI a maintenu le degré d'impotence faible fixé en 2012.
24. Le 3 octobre 2016, sur questions de l'OAI, par rapport à sa demande de prestations en cours, l'assuré indique que :
- son état de santé est stationnaire : il est toujours en incapacité totale de travail depuis février 2012;
  - son médecin traitant actuel est le Dr F\_\_\_\_\_;
  - il n'a pas repris d'activité professionnelle;
  - ses revenus se composent de CHF 2'507.- (SPC) + CHF 470.- (impotence AI) + CHF 181.- (prestations sociales de la Ville de Genève);
25. Le 5 octobre 2016, l'OAI adresse à l'assuré une décision de refus de rente AI et de mesures professionnelles (suite à la procédure d'audition après projet de refus du 29 novembre 2013) : après instruction et notamment l'expertise rhumatologique, l'évaluation du taux d'invalidité par comparaison des revenus avec et sans invalidité est de 28 %. La CT dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, et de 100 % avec baisse de rendement de 20 %.
26. Par courrier recommandé du 3 novembre 2016 adressé à l'OAI – transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence – l'assuré a écrit ceci : « Madame, Monsieur, par la présente je vous informe que je fais recours à votre décision du 5 octobre 2016 concernant ma demande dont vous trouverez les références ci-dessus mentionnées. Je me tiens à votre disposition. (Salutations et signature) ».
27. Par courrier recommandé du 11 novembre 2016, la chambre de céans a fixé au recourant un délai au 28 novembre 2016 pour compléter son recours et le rendre conforme aux exigences de la loi quant à son contenu, ceci sous peine d'irrecevabilité.
28. S'adressant à l'OAI par courrier du 22 novembre 2016 reçu le 24, l'intéressé a exposé les motifs de son recours : il résume son parcours depuis le diagnostic de syndrome des loges, ses périodes d'hospitalisation, ses douleurs, les traitements qui lui ont été prodigués dont, selon lui, le seul qui ait fonctionné : l'acupuncture. Selon lui, sa dernière visite à Lausanne pour l'AI n'a duré que dix minutes. "*Comme une visite de routine. Absolument rien à voir sur mes problèmes*". Il indique avoir de plus consulté un neurologue, le docteur O\_\_\_\_\_, FMH en neurologie, en date du 16 novembre 2015 en raison d'une perte de sensibilité au niveau des extrémités des mains et des pieds. Il constate que depuis " l'accident " il a de plus en plus souvent de grosses dépressions, pour lesquelles il a été suivi pendant un temps. Il conteste en conséquence le fait que l'intimé ne lui reconnaisse qu'un taux d'invalidité de 20 % (sic !). Ce courrier a été transmis à la chambre de céans pour objet de sa compétence.

29. Par courrier du 3 janvier 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant n'apporte aucun élément susceptible d'apprécier différemment le cas.
30. La chambre des assurances sociales a entendu les parties en comparution personnelle le 27 février 2017 :

Le recourant a déclaré : " Quant à ma situation personnelle actuelle, sur le plan professionnel, c'est le statu quo : dans la position dans laquelle je me trouve, je ne peux rien faire. J'ai essayé de faire des petits boulots, de serrurerie légère, mais sans beaucoup de succès, à raison de mes douleurs fessières en particulier. Je confirme que j'ai toujours le matériel dont j'ai hérité de la serrurerie du Léman, et si je l'ai gardé, c'est que je ne désespère pas de pouvoir l'utiliser un jour. Je vous explique que je suis actuellement suivi par le Dr F\_\_\_\_\_ qui essaie de trouver la véritable origine des douleurs. Je rappelle que j'avais été opéré à Lausanne au CHUV, l'intervention ayant porté sur le nerf sciatique au niveau du fessier. Malheureusement, après un léger mieux, les problèmes ont resurgi. Les médecins de Lausanne préconisaient alors une intervention dans le dos, que j'ai à vrai dire, refusée. En effet, c'était déjà la 3<sup>ème</sup> intervention que je subissais et chaque fois on me proposait d'intervenir « plus haut ». A vrai dire, le Dr F\_\_\_\_\_ s'interroge, sur l'éventuelle origine de mes douleurs, à attribuer à la prothèse de hanche. En effet, on sait qu'il y a eu certaines prothèses défectueuses, et les recherches sont en cours dans cette direction. Vous m'avez rappelé qu'à l'époque j'étais sur le point de pouvoir entamer une mesure auprès des EPI, en vue de me réentraîner à l'utilisation des machines de serrurerie dont j'ai hérité. ..., il est vrai qu'à l'époque je traversais une crise personnelle, qui a quelque peu aggravé mon état, ceci étant lié aux procédures relatives à la garde de mon fils, qui m'a été retirée : mon fils avait été en effet placé chez moi en raison de l'état de santé psychiatrique de sa mère. Il semble que depuis lors son état de santé s'est amélioré, selon elle ; elle a entamé avec succès les démarches pour récupérer la garde de l'enfant. C'est d'ailleurs pour cela que je continue à me battre, car mon fils souhaite vivre à nouveau chez moi, comme il l'a toujours souhaité. Il va actuellement avoir 8 ans. À l'époque donc, mon état de santé s'en était à nouveau ressenti. Sur le plan de la toxicomanie, je suis toujours sous méthadone, plus exactement à nouveau, depuis la période de Noël où j'avais fait une petite bêtise (par dépit de ne pas pouvoir voir mon fils), de sorte que l'on m'a remis à la méthadone pour parer à tout problème. Mais les choses se passent bien de ce point de vue-là. Reste la question de l'alcool qui est beaucoup plus fluctuante. J'ai de la peine à gérer par rapport à des crises d'angoisse. S'agissant de retrouver un emploi, vous me faites remarquer qu'il était question à un moment donné de mettre sur pied une mesure professionnelle pour m'orienter vers l'horlogerie. J'étais prêt à le faire, mais je crois que l'on m'avait dit que mon apprentissage respectivement mon CFC n'emportait pas d'équivalence par rapport à l'horlogerie. D'un autre côté je pense que parallèlement j'avais manifesté le désir de me relancer dans la serrurerie légère au vu du matériel dont j'avais bénéficié. Pour répondre à votre question, je suis évidemment preneur et motivé pour

entreprendre une mesure de réinsertion dans l'horlogerie. Je ne demande pas mieux".

La représentante de l'intimé a déclaré : " Je rappelle qu'il résulte de la décision entreprise que nous avons indiqué à l'assuré que nous avons octroyé (recte : pouvions octroyer) une aide au placement pour faciliter les recherches. Quant à quelque chose de plus formel et important, je ne peux évidemment pas me prononcer sur une question qui est du ressort du service de réadaptation. Je pourrai en revanche, si la Chambre m'octroie un délai, soumettre le cas au Service de réadaptation. Il est vrai d'ailleurs que la décision entreprise a été un peu rapide, dans la mesure où le rapport final du Service de réadaptation disait expressément qu'il se tenait à disposition pour poursuivre, lorsque l'état de santé de l'assuré le permettrait ".

Le recourant a indiqué : " Je suis tout à fait disposé à accepter que cette procédure soit formellement ou informellement suspendue, le temps nécessaire pour que le service de réadaptation reprenne mon dossier, et me convoque au besoin pour que nous fassions le point ".

31. Sur quoi la cause a été ajournée à deux mois, pour que l'OAI puisse relancer son service de réadaptation et prospecter dans la direction d'une éventuelle mesure d'orientation professionnelle vers l'horlogerie ou autres. Les parties ont été invitées à tenir la Chambre de céans informée de l'évolution des démarches en cours, au plus tard à fin avril 2017, sauf demande de prolongation justifiée.
32. Par courrier du 15 mars 2017, l'OAI a informé la chambre de céans de ce que le dossier avait été soumis au service de réadaptation, lequel avait décidé de convoquer l'intéressé pour un entretien, le 20 mars 2017.
33. Par courrier recommandé du 31 mars 2017 à la chambre de céans, l'OAI a résumé les démarches effectuées depuis l'audience de comparution personnelle, et indiqué que le but de l'orientation professionnelle consentie au recourant était de cibler la ou les activités qui seraient les plus adaptées à ses limitations fonctionnelles à un taux de 100 % avec baisse de rendement de 20 %, soit au taux de CT retenu dans la décision litigieuse. Toutefois, au vu de la procédure pendante devant la chambre de céans, ce stage ne saurait être mis en place par la seule initiative de l'office. Ainsi, dans l'intérêt du recourant (dans la mesure où il se sent subjectivement apte à réaliser un stage au taux de 100 % avec baisse de rendement de 20 %), et au vu du délai proposé par le COPAI (juin 2017), l'OAI invite la chambre de céans à rendre le plus promptement possible un jugement sur le fond.

Était annexée à ce courrier la copie d'une note de travail du 27 mars 2017 au sujet de l'entretien du 20 mars, dont il résulte que l'assuré est suivi par le Dr F\_\_\_\_\_ qui essaye toujours de trouver la véritable origine de ses douleurs. L'assuré se dit motivé pour suivre une mesure d'orientation, afin de trouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dans un domaine économique réaliste. Il est inscrit

pour suivre une mesure d'orientation aux EPI du 5 juin au 3 septembre 2017. En cas de désistement, il pourrait commencer plus tôt.

34. Par courrier du 7 avril 2017, la chambre de céans a transmis copie du courrier susmentionné et de son annexe au recourant. Elle a rendu l'intéressé attentif à son contenu : elle rappelait au recourant que la décision objet de son recours lui refusait non seulement toute rente, mais également toute mesure professionnelle. En clair, sur la base de l'expertise de 2015, l'OAI considère que si sa capacité de travail est de 0 % dans l'activité exercée précédemment en tant que serrurier, elle est en revanche de 100 % sous déduction d'une diminution de rendement de 20 % (soit en pratique 80 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le but du stage étant précisément de rechercher dans quel domaine une telle activité pourrait être trouvée. Dans cette mesure, le bénéfice de son recours à ce stade consisterait précisément dans le fait d'obtenir cette mesure professionnelle que la décision entreprise lui refusait. Dans la perspective de son arrêt, la chambre de céans invitait le recourant à se déterminer sur la question de savoir si, moyennant l'octroi de cette mesure professionnelle, obtenant ainsi (partiellement) gain de cause, il s'estimerait satisfait et souscrirait à un arrêt rendu d'accord entre les parties, qui annulerait ainsi la décision entreprise en tant qu'elle lui refusait toute mesure professionnelle, décision étant pour le surplus confirmée, le dossier étant retourné à l'intimé pour mise en œuvre de la mesure d'orientation professionnelle telle que définie.
35. Sans réponse du recourant, dans le délai imparti, la chambre de céans a réentendu les parties lors d'une nouvelle audience de comparution personnelle, le 8 mai 2017. Le recourant a déclaré : « S'agissant du courrier que vous m'avez adressé le 7 avril 2017, que je n'avais initialement pas reçu, j'ai bien compris le sens de ce que vous me demandez : j'aimerais pouvoir faire ce stage, mais je considère, et c'est d'ailleurs l'objet de mon recours, que pour des raisons qui tiennent à la fois à des problèmes somatiques, mais également aux problèmes relevant de ma consommation d'alcool et/ou de stupéfiants, ma capacité de travail dans une activité adaptée telle que retenue par l'OAI (100 % moins 20 % de rendement) est manifestement exagérée par rapport à mes capacités effectives. J'interviendrai auprès de mes médecins, notamment auprès du neurologue qui m'a fait encore passer des examens ces derniers jours, pour qu'il se prononce ... sur la question de savoir si mon état de santé s'est aggravé depuis la demande de prestations de février 2012, respectivement depuis que le Dr K\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise (février 2015) jusqu'à la décision entreprise (octobre 2016), respectivement l'incidence d'une telle aggravation, si elle existe, sur la capacité de travail, respectivement sur le rendement ».

La représentante de l'intimé a déclaré avoir pris note de la position adoptée par le recourant, et indique entreprendre les démarches auprès des EPI pour annuler le stage prévu. Pour le surplus, elle a indiqué que l'intimé persiste intégralement dans sa position, en particulier par rapport à la CT telle qu'elle est retenue dans la décision entreprise.

---

Sur quoi la chambre de céans a ajourné la cause à un mois, pour permettre au recourant de produire tous documents médicaux motivés permettant de justifier sa contestation.

36. Le 30 mai 2017, la chambre de céans a reçu du recourant les documents suivants :

- copie d'un résumé de séjour du 19 septembre 2015 du département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences (service des urgences) : diagnostic principal : effets toxiques, autres substances organiques précisées Baclofen (T57. 8). Sur le plan anamnestique, le patient a pris son traitement de Baclofen (400 mg au lieu de 300 mg) en une seule fois ce jour, et présente une agitation motrice et obnubilation. Consommation de 2 cl de grappa. À 16h00, contact normal avec un ami, puis à 17h00, la mère appelle l'ami en disant que cela n'allait pas. On relève que le patient a consulté le 12 septembre pour un ECA avec agitation motrice et obnubilation apparue après un TC avec PC. CT refusé par le patient et agitation mise sur le compte d'un surdosage du Baclofen. Selon l'ami du patient, il s'agit du 4<sup>ème</sup> épisode d'agitation motrice avec mise en danger en lien avec ce médicament, difficilement gérable à domicile ;
- copie d'un rapport d'intervention psychiatrique d'urgence de l'unité d'accueil et d'urgences psychiatriques des HUG, le 20 septembre 2015 consécutif à un état confusionnel au cours de sa prise de soins et il a fait l'objet d'une évaluation : l'avis de sortie annexé mentionne le diagnostic de dépendance alcoolique (CIM9 - 303.9) : on relève les renseignements anamnestiques suivants : patient de 41 ans connu dans le passé pour une toxicomanie à l'héroïne et à la cocaïne. En 2003, il travaillait comme serrurier dans sa propre entreprise. Au niveau psychiatrique, seulement un passage aux urgences en 2003 pour demande de sevrage de sa polytoxicomanie, avec hospitalisation à Prangins. Récente hospitalisation à Montana en octobre 2014 pour sevrage « OH », suite à laquelle un suivi en addictologie par le Dr F\_\_\_\_\_ a été proposé. Selon le rapport du dernier passage aux urgences (le 12 septembre [2016], dans le contexte d'un état confusionnel sur TC où il aurait refusé un CT) il aurait interrompu le traitement par méthadone il y a un mois. Actuellement en traitement pour un sevrage OH avec du Baclofen et du Seresta; aurait fait aujourd'hui un abus médicamenteux par Baclofen + OH. Confus et non évaluable à son arrivée aux urgences il est pris en charge sur le plan somatique. Revu par la suite, soit dans la journée, encore très somnolent, il indique néanmoins n'avoir pris que sa dose habituelle de médicaments, la veille, sans alcool. Il nie toute idéation suicidaire ces derniers temps, il s'engage à faire appel à l'aide. Le discours est cohérent dans l'ensemble. Pas de symptômes psychotiques manifestes ;
- copie d'un rapport médical du centre de la douleur des HUG au médecin-conseil de Vivacare SA : demande de location et achat d'un TENS (appareil de neurostimulation transcutanée électrique) : le patient présente des douleurs aux membres inférieurs dans le contexte d'un syndrome des loges post-traumatique multi-opéré. Il présente une composante neurogène aux douleurs, et les essais

---

effectués à l'hôpital de pose des électrodes au niveau du MID semblent avoir un bon effet antalgique. Un bref certificat médical y relatif a été établi à l'intention du patient ;

- un certificat d'arrêt de travail du Dr F\_\_\_\_\_, 100 % dès le 30 mai 2017 pour une période indéterminée ;
- un certificat médical du Dr F\_\_\_\_\_ daté du 15 juin (sic !) 2017, (le texte de ce certificat reprend, dans une première partie, pratiquement au mot près ce qu'il écrivait le 21 février 2013). Un traitement à base de Baclofen a été mis en place (jusqu'à des doses de 250mg) ; cette posologie a eu des effets thérapeutiques intéressants, réduisant la consommation d'alcool. Lorsqu'il l'a consulté, il absorbait quelque six litres de bière par jour (ndr. Dans le courrier du 21 février 2013, il indique non pas six litres, mais trois par jour). Actuellement sa consommation est à nouveau élevée après une bonne période de contrôle, (autour de deux litres de bière quotidiens). Le traitement au Baclofen est arrêté depuis plusieurs mois en raison d'effets indésirables relativement délétères. Sa capacité de travail est à ce jour quasi nulle en raison de la persistance de douleurs très invalidantes du MID et particulièrement dans la région lombo-sciatique droite. Ses douleurs sont exécrables (atroces), insomniantes et chroniques. Elles semblent liées aux conséquences du syndrome des loges. Les différents traitements essayés jusqu'à ce jour se montrent insuffisants pour calmer efficacement ce syndrome douloureux. Le patient est actuellement en évaluation à la consultation de la douleur des HUG. Il prend du Tramadol à 250 mg par jour. Ce traitement le rend somnolent, il ne peut pas le prendre à bonne dose lorsqu'il doit s'occuper de son fils. D'une manière générale, le soulagement de ses douleurs reste à ce jour assez décevant. À ce tableau douloureux il faut encore ajouter des symptômes de polyneuropathie des quatre membres, attestée par le Dr O\_\_\_\_\_. Ses douleurs ont des répercussions psychiques importantes qu'il faut intégrer dans le tableau général de la situation du patient. Elles sont à l'origine de passages très pénibles sur le plan psychique qui concourent à augmenter les alcoolisations et à entretenir un syndrome dépressif pour lequel le patient verra prochainement le Dr P\_\_\_\_\_, psychiatre. Le métier de serrurier qu'il exerçait jusqu'alors est hors d'atteinte pour lui en ce moment, les douleurs étant sources de limitations importantes et persistantes.

37. La chambre de céans a imparti un délai à l'intimé pour qu'il se détermine au sujet des nouvelles pièces médicales.

Par courrier du 23 juin 2017, l'intimé a soumis à la chambre de céans ses observations, consécutives à la dernière audience de comparution personnelle et à propos des pièces médicales produites : il a confirmé l'annulation des mesures mises en place (stage aux EPI), vu l'attitude subjective du recourant, et ne saurait plus les envisager. Pour ce qui est des éléments médicaux transmis, ceux-ci ont été soumis au SMR pour appréciation. Selon le service médical il ressort principalement que les éléments apportés ne sont pas susceptibles de modifier

l'appréciation du cas par l'intimé, la CT de 100 % avec baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible. Il maintient donc ses conclusions.

Le SMR estime en effet que le médecin traitant ne fait que reprendre des éléments médicaux déjà connus, en particulier la dépendance à l'alcool et les douleurs neuropathiques, sans apporter de nouvelles informations. Il signale seulement une consultation au centre de la douleur des HUG. On peut noter que si les douleurs sont décrites comme très intenses, l'assuré n'a à l'heure actuelle que du Tramadol (antalgiques de niveau 2), sans traitement de fond ni antalgiques de niveau 3. Les différents comptes rendus en septembre 2015 ne montrent que des prises en charge ponctuelles pour un traumatisme crânien et une intoxication au Baclofen n'ayant pas eu de conséquences durables hormis l'arrêt de ce type de médication. Ces documents n'apportent pas d'élément médical nouveau qui permettrait de retenir une sévérité particulière des douleurs qui ne permettraient pas une activité strictement adaptée. De plus on constate que la dépendance à l'alcool est encore très présente et joue encore un rôle important dans la vie de l'assuré. Il faut donc s'en tenir aux conclusions précédentes et considérer que la capacité de travail est pleine avec une baisse de rendement de 20 % dans toute activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

38. Sur quoi, la chambre de céans a indiqué au recourant, en lui communiquant la dernière détermination de l'intimé, qu'à défaut d'observations supplémentaires de sa part, la cause serait gardée à juger à trois semaines. Le recourant n'a pas réagi.

### **EN DROIT**

1. a. 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), 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 établie, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI.  
  
b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI).
2. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans le délai prévu par la loi et, à la forme, complété dans le bref délai imparti par la chambre de céans la forme pour le rendre conforme aux exigences de l'art. 89B al. 1 LPA, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

3. Il convient préalablement de définir l'objet du litige.

Aux termes de l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI dispose que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

L'art. 87 al. 3 RAI est applicable par analogie aux mesures de réadaptation (ATF 113 V 22 consid. 3b) et s'applique uniquement lorsqu'il y eu refus préalable de prestations et non lorsqu'une nouvelle demande est présentée après l'octroi d'une prestation limitée dans le temps (ATF 125 V 410 consid. 2b et les références citées ; ATAS/1044/2017).

Étant donné qu'en l'espèce, le recourant s'est vu octroyer un reclassement à la suite de sa demande de prestations formée le 6 juillet 2006, la demande de prestations déposée le 6 février 2012 doit être traitée comme s'il s'agissait d'une première demande (comme l'a d'ailleurs relevé le SMR dans son avis du 5 mars 2013). En d'autres termes, la question litigieuse n'est pas de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre le 4 octobre 2007 – date de la décision de clôture du dossier après accomplissement de la mesure de reclassement – et le 5 octobre 2016, date du rejet de la nouvelle demande, mais si c'est à bon droit que la décision du 5 octobre 2016 refuse l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles au recourant.

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<sup>er</sup> 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. a. 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. À 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).

b. À 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 déterminée 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).

c. En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

- 
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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

a. 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).

b. 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).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
10. En l'espèce, après la contestation de l'assuré du projet de refus de rente et de mesures professionnelles que l'OAI lui avait adressé en date du 29 novembre 2013, sur recommandation de son service médical, au vu des rapports des divers médecins traitants consultés, l'OAI a mis en œuvre une expertise neurologique confiée au docteur K\_\_\_\_\_, lequel a considéré, au terme de son rapport d'expertise du 2 février 2015 que les limitations fonctionnelles sont surtout liées à la symptomatologie douloureuse, le déficit neurologique étant minime et sans répercussions fonctionnelles. Au plan contextuel, même si elle n'est pas prise en compte par l'OAI, la toxicomanie est actuellement compensée et l'alcoolisme semble aller dans le bon sens actuellement. En conclusion, l'ensemble du tableau n'est compatible ni avec une activité de serrurier, ni de serrurier-dépanneur dans la serrurerie légère. En revanche dans une activité sédentaire, à l'intérieur et légère, avec des poids ne dépassant pas 15 kg, l'assuré est apte à assumer des journées complètes. L'expertisé mentionne une fatigabilité et un besoin de repos de 1h00 à 1h30 par jour, ce qui est plausible au vu de la symptomatologie douloureuse et la médication psychotrope. Ceci correspond à une baisse de la capacité de travail respectivement d'une baisse de rendement d'environ 20 %. C'est sur cette base que le SMR d'abord, a retenu que la CT dans toute activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles est entière avec diminution de rendement de 20 % depuis mars 2012, l'intimé suivant ces avis ayant par la suite rendu la décision entreprise.

---

Il y a dès lors lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, et en particulier de déterminer s'il respecte les conditions fixées par la jurisprudence rappelée précédemment (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). La chambre de céans considère que ce rapport répond en tous points aux exigences de la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante : il est fondé sur une connaissance approfondie du dossier, sur une anamnèse complète, l'expert ayant pris en compte les plaintes de l'assuré ; il a personnellement examiné l'intéressé, et procédé à des examens complémentaires, prenant en compte les avis exprimés par les médecins traitants ; il aboutit à des conclusions convaincantes, et aucun indice concret ne permet de mettre en doute leur bien-fondé. Du reste, aucun des médecins traitants n'a émis la moindre critique au sujet de ce rapport.

Certes, dans son complément de recours, l'assuré a évoqué le fait d'avoir consulté un neurologue, en la personne du Dr O\_\_\_\_\_, à mi-novembre 2015, soit postérieurement au rapport d'expert susmentionné, expliquant avoir une perte de sensibilité au niveau des extrémités des mains et des pieds. Il avait en effet verbalement indiqué au service de la réadaptation à mi-février 2016 qu'il n'avait plus de sensations dans les extrémités des membres inférieurs et supérieurs sans autre précision et notamment sans indiquer avoir consulté le médecin susmentionné plusieurs mois auparavant, (ce qui ressort d'une note de travail du 18 février 2016 expliquant les raisons pour lesquelles la mesure d'observation professionnelle qui aurait dû commencer aux EPI en janvier 2016 n'avait finalement pas pu débiter). Il avait ainsi été mis fin au mandat de réadaptation, dans l'attente de l'avis du médecin traitant sur la faisabilité d'un tel stage.

Le Dr O\_\_\_\_\_ n'a en revanche jamais établi le moindre rapport. Invité, à l'issue de la dernière audience de comparution personnelle (8 mai 2017) à produire tous documents médicaux utiles, confirmant ses déclarations (*« J'interviendrai auprès de mes médecins, notamment auprès du neurologue qui m'a fait encore passer des examens ces derniers jours, pour qu'il se prononce ... sur la question de savoir si mon état de santé s'est aggravé depuis la demande de prestations de février 2012, respectivement depuis que le Dr K\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise (février 2015) jusqu'à la décision entreprise (octobre 2016), respectivement l'incidence d'une telle aggravation, si elle existe, sur la capacité de travail, respectivement sur le rendement »*), le recourant a produit quelques documents médicaux récents, postérieurs à la décision entreprise, mais aucun du neurologue susmentionné. Seul le certificat médical du 15 juin 2017 du Dr F\_\_\_\_\_, désormais son médecin traitant, évoque, outre le tableau douloureux déjà connu, et décrit de façon précise par l'expert, des symptômes de polyneuropathie des quatre membres *« attestés par le Dr O\_\_\_\_\_ »*, mais rien d'écrit de la part de ce dernier. Et pourtant, à en croire les explications du recourant en comparution personnelle, son neurologue lui aurait encore fait passer des examens *« ces derniers jours »*. Et pourtant, malgré le long délai que lui avait accordé la chambre de céans, il n'a pas cru utile de produire le moindre document relatif aux problèmes neurologiques qu'il allègue.

En revanche, la chambre de céans estime inutile d'interpeller complémentaiement le Dr O \_\_\_\_\_, et ceci pour plusieurs raisons : 1. La consultation de ce spécialiste paraît isolée, et remontant déjà un certain temps : en effet, le recourant a mentionné dans son complément au recours du 22 novembre 2016 qu'il avait consulté ce médecin le 16 novembre 2015, soit une année auparavant. Or, si cette consultation avait eu des suites concrètes et sérieuses, ce médecin se serait manifesté, ou du moins le recourant l'aurait sollicité pour justifier sa contestation de la décision entreprise. Selon toute vraisemblance, ces problèmes n'ont dû être que passagers, de sorte que l'on peut sérieusement douter d'une quelconque incidence de ceux-ci sur la capacité de travail du recourant. 2. L'attitude du recourant lors de la première audience de comparution personnelle tend d'ailleurs à le confirmer : il déclarait en effet et notamment : "*S'agissant de retrouver un emploi, vous me faites remarquer qu'il était question à un moment donné de mettre sur pied une mesure professionnelle pour m'orienter vers l'horlogerie. .... D'un autre côté je pense que parallèlement j'avais manifesté le désir de me relancer dans la serrurerie légère au vu du matériel dont j'avais bénéficié. Pour répondre à votre question, je suis évidemment preneur et motivé pour entreprendre une mesure de réinsertion dans l'horlogerie. Je ne demande pas mieux*".

Quoi qu'il en soit, à supposer que l'on puisse considérer que les derniers documents produits par le recourant, soient susceptibles de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé, celle-ci ne peut être que postérieure à la décision entreprise, de sorte qu'elle ne pourrait pas être prise en considération dans le cadre de ce recours, mais devrait faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'intimé.

Cela étant, les documents produits et décrits ci-dessus dans la partie en fait (ch. 36) ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée précédemment : le certificat d'arrêt de travail du 30 mai 2017 du médecin traitant n'est pas motivé, et ne comporte aucun diagnostic ni anamnèse, même mis en relation avec le certificat médical du 15 juin 2017. Celui-ci reprend pour l'essentiel le certificat médical de 2013 du même médecin, ne comporte aucun diagnostic, et ne décrit que des problématiques déjà connues, et sur lesquelles l'expert s'est déjà prononcé. Quant au document émanant des HUG, il se borne à faire état d'une consultation pour l'essai d'un TENS, et consiste dans la demande de prise en charge de cet appareillage par l'assureur-maladie. Enfin, le résumé du séjour aux urgences psychiatriques le 20 septembre 2015 ne fait état que d'un épisode isolé, dans le cadre d'une problématique de dépendance alcoolique connue depuis plusieurs années et dont il a déjà été tenu compte dans l'appréciation du cas.

Il résulte donc de ce qui précède que la décision entreprise doit être confirmée en tant qu'elle reconnaît au recourant une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 20 %, dans une AA, conforme aux conclusions de l'expert. Le recours sera donc rejeté sur ce point.

Il y a lieu également de relever que dans cette mesure, le taux d'invalidité retenu, de 28.1 % arrondi à 28 %, doit également être confirmé, le calcul de ce taux résultant

---

de la comparaison des revenus avec et sans invalidité conforme aux dispositions légales et à la jurisprudence en la matière, ce principe n'ayant d'ailleurs pas été contesté par le recourant.

11. S'agissant en revanche de la question des mesures professionnelles, d'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie

active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010).

Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n<sup>os</sup> 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

12. a. En l'espèce, on rappellera que dans le cadre de la procédure d'audition, à la suite de la contestation par l'assuré, et au vu du résultat de l'expertise neurologique, l'intimé avait, le 28 mai 2015, décerné un mandat de réadaptation en vue de la mise en place de mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle). Ce mandat répondait d'ailleurs au souhait clairement exprimé par le recourant de participer à une telle mesure en vue de pouvoir être réadapté dans une profession compatible

avec les limitations qui lui ont été reconnues. L'intéressé avait été reçu par les EPI en décembre 2015, pour débiter la mesure en janvier 2016.

b. Le 18 février 2016, une note de travail avait été établie, car la mesure n'avait effectivement pas pu débiter, pour des raisons médicales. Le service de réadaptation attendait l'avis du médecin traitant pour savoir si la mesure envisagée pouvait être mise en place dans un futur proche.

c. Le 14 juin 2016, le service de réadaptation professionnelle avait rédigé un « rapport final MOP » dans lequel, se référant à la note susmentionnée, mais également au vu du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 15 mars 2016 (dont il ressort notamment que depuis l'établissement de son précédent rapport, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, qu'il pouvait encore l'être au moyen d'un sevrage strict d'alcool), il avait proposé de fermer le mandat de réadaptation, restant toutefois disposition pour des MOP, dès que l'état de santé de l'assuré le permettrait.

d. Sur quoi, sans autre élément nouveau, l'OAI avait rendu la décision entreprise, le 5 octobre 2016, refusant tant une rente d'invalidité que des mesures professionnelles.

e. L'intimé lui-même, entendu en comparution personnelle le 27 février 2017 admettait : « *Il est vrai d'ailleurs que la décision entreprise a été un peu rapide, dans la mesure où le rapport final du Service de réadaptation disait expressément qu'il se tenait à disposition pour poursuivre, lorsque l'état de santé de l'assuré le permettrait* ».

C'est dans ce contexte que, le recourant avait notamment indiqué lors de cette audience, qu'il avait toujours le matériel dont il avait hérité de la serrurerie du Léman, et qu'il ne désespérait pas de pouvoir l'utiliser un jour. Il avait tenté d'effectuer quelques travaux de serrurerie, mais sans beaucoup de succès à raison de ses douleurs fessières. Il avait toutefois confirmé l'intérêt qu'il avait manifesté en son temps pour la mise sur pied d'une mesure professionnelle pour l'orienter vers l'horlogerie et qu'il ne demandait pas mieux, étant évidemment preneur et motivé pour entreprendre une telle mesure. Il avait donc été procédé à un bilan d'entretien en réadaptation professionnelle le 20 mars 2017, une note du 27 mars 2017 mentionnant que l'assuré était inscrit pour suivre une mesure d'orientation aux EPI du 5 juin au 3 septembre 2017, sauf désistement d'un autre assuré, permettant à cette mesure de débiter plus tôt.

f. C'est ainsi que par courrier du 31 mars 2017, l'intimé a confirmé le principe de la mise en place d'une telle mesure, relevant toutefois qu'au vu de la procédure pendante devant la chambre de céans, ledit stage ne pourrait être mis en place par la seule initiative de l'OAI. Il convenait préalablement que la chambre de céans rende le plus promptement possible un jugement sur le fond, dans l'intérêt de l'assuré, et dans la mesure où il se sentait subjectivement apte à réaliser un stage au taux de 100 % avec baisse de rendement de 20 % - ce qui revenait à confirmer partiellement la décision entreprise, soit en tant qu'elle reconnaissait à l'assuré une

capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 20 %, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles reconnues.

S'il est vrai que le recourant, entendu par la chambre de céans pour savoir si un jugement d'accord pouvait être rendu sur les bases énoncées ci-dessus, a déclaré qu'il aimerait pouvoir faire ce stage, mais qu'il considérait, - c'était d'ailleurs l'objet de son recours -, que pour des raisons qui tiennent à la fois à des problèmes somatiques, mais également aux problèmes relevant de sa consommation d'alcool et/ou de stupéfiants, sa capacité de travail dans une activité adaptée, telle que retenue par l'intimé était manifestement exagérée par rapport à ses capacités effectives. Il n'a donc pas pour autant renoncé à prétendre à une mesure de réadaptation professionnelle et ainsi à y conclure dans le cadre de son recours.

L'OAI est dès lors revenu sur sa position, constatant que le recourant persistait à remettre en cause la décision entreprise en ce qui concerne le taux de sa capacité résiduelle de travail dans une activité strictement adaptée, indiquant en comparaison personnelle du 8 mai 2017, puis par courrier du 23 juin 2017, qu'il avait procédé à l'annulation des mesures mises en place (stage aux EPI), « vu l'attitude subjective du recourant, et ne saurait plus les envisager ».

g. Dès lors que la chambre de céans a statué ce jour sur la contestation par l'assuré du taux de CT résiduelle retenu, rejetant le recours sur ce point, cela ne signifie pas encore que l'intéressé ne donnera pas suite à la mise en place d'une mesure professionnelle qu'il appelle toujours de ses vœux, en vue de sa réadaptation dans une activité respectant les limitations fonctionnelles que personne ne remet en cause.

Au vu des principes légaux et jurisprudentiels rappelés précédemment, et des faits pertinents intervenus tant au stade de la procédure administrative que pendant la procédure de recours, au sujet de la mise en place de telles mesures professionnelles, la chambre de céans considère que c'est à tort que la décision entreprise a nié à l'assuré le droit à de telles mesures.

Le recours sera ainsi admis, sur ce point, le dossier étant retourné à l'intimé pour la réactivation des mesures mises en place auprès des EPI.

13. Ainsi, le recours sera partiellement admis. La décision de l'OAI du 5 octobre 2016 est confirmée en tant qu'elle reconnaît au recourant une CT de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, déterminant un taux d'invalidité de 28 %. Elle est en revanche annulée en tant qu'elle nie le droit de l'intéressé à des mesures professionnelles, le dossier étant retourné à l'intimé pour mise en place de telles mesures, au sens des considérants, et nouvelle décision. L'attention du recourant est toutefois expressément attirée sur le fait qu'il est de son devoir de participer activement aux mesures qui seront mises en place, notamment dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage.

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Confirme la décision de l'OAI du 5 octobre 2016 en tant qu'elle reconnaît au recourant une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, déterminant un taux d'invalidité de 28 % ; annule cette décision en tant qu'elle refuse toute mesure provisionnelle à l'assuré, et retourne le dossier à l'intimé pour mise en place de telles mesures dans le sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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