

GE_GERICHTE ATAS/33/2017 vom 23. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_33_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/33/2017 du 23 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/33/2017 del 23 gennaio 2017

Erwägungen

E. 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.

E. 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.

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité – le cas échéant en lui déniait le droit à des mesures de réadaptation professionnelle, et singulièrement en retenant un taux d'invalidité de 36%, alors que le recourant estime qu'il est totalement incapable de travailler et aurait droit à une rente d'invalidité entière.

E. 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 1er janvier 2008).

E. 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.

A/4319/2015 - 23/36 - 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).

E. 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).

E. 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).

A/4319/2015 - 24/36 - 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 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 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

A/4319/2015 - 25/36 - 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 8

Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1). 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).

E. 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

A/4319/2015 - 26/36 - 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).

E. 10

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er 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.

E. 11

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).

A/4319/2015 - 27/36 - 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'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne

activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu

A/4319/2015 - 28/36 - parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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). 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). Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à

A/4319/2015 - 29/36 - un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2). Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

E. 12

En l'espèce le recourant conteste la décision entreprise, considérant implicitement que c'est à tort que l'OAI a retenu un taux d'invalidité ne lui donnant pas droit à une rente, en retenant une capacité résiduelle de travail de 85 % avec une diminution de rendement de 10 % soit, de 75 %, alors qu'il estime que son incapacité totale de travail est avérée. Il suggère que, malgré une incapacité de travail avérée, l'OAI, pendant une procédure qui a duré plus de cinq ans, n'a pas jugé bon d'assurer correctement le suivi de ce dossier.

E. 13

Pour le reste du reproche que semble faire le recourant à l'intimé, par rapport à la durée de la procédure et un prétendu manque de suivi, la chambre de céans relève que le recourant ne fait que se «poser la question» mais n'étaye nullement son grief par des éléments concrets, et n'en tire aucune conséquence au niveau de ses conclusions. Force est toutefois de constater que la procédure a certes duré un

A/4319/2015 - 30/36 - certain temps, mais on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir particulièrement tardé à rendre sa décision au vu de la relative complexité du cas, - complexité que les propres médecins traitants du recourant mettaient d'ailleurs en avant, notamment dans les contacts qu'ils ont pu avoir avec le service médical de l'OAI: il ressort

ainsi d'une note du SMR du 22 août 2011, suite à un entretien téléphonique avec le médecin traitant généraliste, que ce dernier expliquait à son confrère qu'il s'agissait d'un « cas complexe » avec polyplaintes, rendant difficile pour lui d'entrevoir une capacité de travail. Il ne savait plus très bien quoi faire. À ceci s'ajoute encore que le dossier AI - même si le recours ne porte que sur la demande de rente/mesures de réadaptation professionnelle - a comporté pendant la période de 2010 à 2015, l'examen parallèle de plusieurs demandes de prestations, soit en plus de celle faisant l'objet de cette procédure, deux demandes de moyens auxiliaires, (prothèses auditives, d'abord à gauche, puis à droite). Or l'instruction de ces demandes supplémentaires ont aussi pris un certain temps: pour ne prendre que deux exemples: malgré d'innombrables rappels et relances, l'OAI n'a jamais pu obtenir de l'ORL traitant le rapport d'expertise nécessaire à l'instruction de la demande de prothèse à droite; au point que l'OAI a dû constater que le Dr B_____ n'était pas en mesure de répondre à la demande de l'office, et a dû inviter l'assuré à désigner un autre spécialiste, sur la base d'une liste qui lui a été fournie. Le recourant n'a lui-même réagi qu'après de nombreux rappels. Certes, l'OAI a également rencontré de grosses difficultés avant de pouvoir obtenir le rapport de l'expert ORL (Dr T_____) qu'il avait désigné pour se prononcer sur les éventuelles causes de limitations de la capacité de travail d'origine ORL. Mais l'OAI n'est pas resté inactif à ce sujet. Au contraire, et comme on va le voir, l'OAI a instruit le dossier avec diligence, ayant, par la force des choses et vu la multiplicité des plaintes du recourant, dû ordonner plusieurs expertises médicales, notamment en raison des contradictions relevées par le SMR entre les avis des divers médecins ayant eu à connaître de ce cas, notamment les médecins traitants et le médecin-conseil de l'assureur perte de gain. Enfin, le recourant lui-même a bien dû admettre que même si, pendant de nombreuses années, depuis 2009, il a été examiné par de très nombreux médecins, de spécialités différentes, personne n'était véritablement à même de trouver l'origine de ses maux: entendu par la chambre de céans, il a en effet déclaré avoir commencé dès 2009, à avoir des vertiges et autres problèmes de santé. Les ORL avaient diagnostiqué une maladie de Ménière. Il avait également eu d'importantes céphalées. Il avait énormément souffert et personne ne comprenait l'origine de ses douleurs. Il avait pris des quantités de médicaments, notamment à base d'opium, pour tenter de se soulager. Il cherchait toujours l'origine de ses souffrances sans qu'aucun médecin n'ait pu lui donner une explication. Il avait même été traité au centre de la douleur à Beau-Séjour et c'était finalement le Dr Y_____ qui avait trouvé que l'origine de ses souffrances pouvait être dû à un implant dentaire qu'au lui avait placé à la clinique dentaire en 2008. Et finalement, on lui avait enlevé cet implant en 2015. Une semaine après, la douleur avait commencé à diminuer.

A/4319/2015 - 31/36 - Ainsi, c'est bien à tort que le recourant se plaint de la longueur de la procédure, aucun grief ne pouvant être fait à cet égard à l'intimé.

E. 14

Reste à examiner le grief principal du recourant, soit le fait que l'OAI ne lui ait pas reconnu une incapacité totale de travail, et en conséquence une invalidité entière. a. A l'appui de son recours, le recourant invoque en premier lieu le rapport des HUG du 10 juin 2015, relevant que le Dr Y_____ conclut qu'au niveau professionnel il estime que le patient est en incapacité totale pour son métier comme employé de commerce de formation et qu'il n'y a pas de possibilité d'adaptation. Force est d'une part de constater que le rapport en question fait la synthèse d'un bilan multidisciplinaire suite à la consultation au centre de la douleur des HUG, et décrit la mise en place du plan de traitement qui s'en est suivi. D'une part, il ne

s'agit pas d'un document nouveau: il avait en effet été produit par l'assuré, avant que ne soit prise la décision entreprise, et il avait été soumis au SMR. Dans son rapport du 24 septembre 2015, le service médical avait conclu que les diagnostics mentionnés ne modifiaient pas le rapport SMR concernant la capacité de travail; le SMR proposait en revanche d'élargir les limitations fonctionnelles en lien avec les cervicalgies et les lombalgies. Ainsi cette pièce médicale a bien été prise en compte par l'intimé, mais n'était pas de nature à modifier la capacité de travail retenue (0 % dans l'activité habituelle et 85 % avec une baisse de rendement de 10 % dans une activité adaptée). Ceci dit, ce rapport ne remet nullement en cause les conclusions des divers experts qui se sont prononcés dans le cadre de l'instruction du dossier: il reprend des diagnostics qui étaient déjà connus et qui avaient déjà été pris en compte par les experts respectifs, y compris, en ce qui concerne le diagnostic de céphalées de tension chroniques, par le dernier expert en date, le Dr V_____, neurologue: en effet, même si ce dernier a rendu son rapport le 16 février 2015, soit avant la rédaction du document litigieux, l'expert indiquait notamment dans son rapport que le tableau clinique avait motivé un bilan neurologique chez le Dr M_____ en septembre 2010, et chez le Dr X_____ en avril 2012 (pour le détail voir ci-dessus ad ch. 25 en fait). L'expert V_____ notait déjà à ce moment-là que l'assuré était pris en charge par le Centre de la Douleur des HUG, et qu'un traitement de Saroten avait été prescrit. Il concluait que la céphalée de tension ne peut être considérée comme potentiellement invalidante. Le fait que le Dr Y_____ ait entre temps attribué la cause de ces céphalées à l'implant dentaire posé en 2008 n'y change rien. Indépendamment du fait que l'on ne saurait, selon les critères de la jurisprudence, accorder à ce rapport du 10 juin 2015 une pleine valeur probante, l'affirmation de l'incapacité totale de travail dans l'activité professionnelle de l'assuré n'étant pas motivée, le Dr Y_____ ne se prononçant au demeurant pas sur une capacité de travail résiduelle, ce document ne comporte aucun élément susceptible de mettre en doute les constatations des experts s'étant prononcés, chacun dans sa spécialité, sur le cas en question. Il ne faut pas négliger non plus le fait qu'il a été établi par un médecin (traitant) dont la mission est très différente de celle d'un expert.

A/4319/2015 - 32/36 - b. S'agissant du deuxième document médical invoqué par l'assuré à l'appui de son recours soit le certificat médical établi le 25 novembre 2015 par le Dr B_____, ORL traitant: non seulement ce document ne dit rien de plus que ce qui a déjà été écrit par ce praticien, mais il en dit encore moins que ce que le recourant prétend dans ses écritures : ce dernier prétend en effet que le document produit mentionnerait son incapacité de travail, ce qui n'est pas même le cas. En tout état, on constatera que ce médecin traitant ne remet ni directement ni indirectement en cause les conclusions des experts, n'apporte rien de plus aux éléments médicaux connus et pris en compte au moment de la décision entreprise, respectivement par les divers experts désignés par l'intimé en son temps, qui ont tenu compte de l'avis de l'ORL traitant, dans leurs avis et rapports d'experts respectifs. c. Il en va du reste de même du certificat médical du Dr C_____, du 22 décembre 2015, produit par le recourant en complément à son recours. Ce médecin évoque, certes, pour la première fois, ce qu'il n'avait pas fait préalablement, les céphalées de tension chroniques post cure de couronne dentaire 25 en 2008, mais cet élément a d'ores et déjà été évoqué ci-dessus. Pas plus que l'avis de l'ORL traitant, l'interniste traitant ne se prononce sur la prétendue incapacité de travail du recourant: ces médecins traitants se contentent l'un et l'autre d'énumérer les diagnostics déjà connus et pris en compte dans le cadre de l'instruction de la cause par l'intimé. Au-delà du fait que ces certificats médicaux n'apportent rien de nouveau qui n'aurait été pris en compte avant la décision entreprise, par l'OAI, respectivement par

son service médical, ils ne sauraient revêtir une valeur probante au sens des critères dégagés par la jurisprudence rappelée ci-dessus, et ne sauraient remettre en cause par des éléments probants et objectivables les conclusions des experts.

E. 15

Il n'en demeure pas moins que le juge des assurances sociales saisi d'un recours est tenu d'instruire d'office les faits de la cause, et à ce titre, il doit vérifier notamment si les documents médicaux sur lesquels l'intimé s'est fondé pour rendre la décision dont est recours peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée précédemment. a. En l'espèce on rappelle qu'il s'agit d'abord des rapports des experts qui se sont successivement prononcés, soit : le Dr P _____, sur le plan psychiatrique - qui ne peut retenir d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques – (voir ci-dessus, ch. 15 en fait); le Dr Q _____ - qui retient que sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail de l'assuré est de 15 % depuis janvier 2010, avec diminution de rendement de 10 %, tant par rapport à la profession exercée en dernier lieu, que par rapport à une activité adaptée aux limitations somatiques retenues (voir ci-dessus, ch. 18 en fait); le Dr V _____ - concluant que sur le plan neurologique l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail (voir ci-dessus, ch. 25 en fait). La chambre des assurances sociales considère, sur la base de la description très complète qu'elle a retenue de ces rapports (ch. 15, 18 et 25 en fait) que les rapports d'expertise de ces trois experts peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ces médecins sont tous des

A/4319/2015 - 33/36 - spécialistes reconnus, leurs rapports sont fondés sur une pleine connaissance du dossier, prenant en compte les plaintes de l'expertisé, et aboutissant à des conclusions convaincantes exemptes de contradictions les experts ayant justifié de façon motivée leurs conclusions et, le cas échéant expliqué pourquoi ils se distançaient des conclusions de certains médecins ayant eu l'occasion de connaître du cas ou au contraire pourquoi ils se ralliaient aux conclusions de leurs confrères. Aucun indice concret ne permet de mettre en cause le bien-fondé de chacune de leurs conclusions, de sorte que la chambre de céans leur reconnaîtra pleine valeur probante. b. S'agissant du Dr T _____, spécialiste ORL reconnu lui aussi, et désigné comme expert par l'intimé n'a, en revanche, et à la différence de ses homologues spécialistes des autres domaines, pas rendu un véritable rapport d'expertise répondant aux caractéristiques formelles rappelées par la jurisprudence citée précédemment, de sorte qu'en tant que tel, il ne peut pas sans autre se voir reconnaître une pleine valeur probante, en tant que tel. La chambre de céans estime néanmoins que l'on ne saurait sans autre dénier toute valeur probante à son rapport de consultation spécialisée, ainsi que le qualifie d'ailleurs le SMR. Comme il l'indique lui-même, ce spécialiste a procédé à un bilan ORL du patient. Il a clairement identifié les atteintes dont se plaint l'assuré, sur le plan ORL. S'agissant des hémicrâniées persistantes, il les a mises en relation avec une dysfonction douloureuse de l'articulation temporo-mandibulaire, proposant un examen maxillo-facial pour discuter de l'indication à la confection d'une gouttière dentaire. A cet égard, il n'est pas inutile d'observer que cette voie paraît proche de celle qui conduira le Dr Y _____ à trouver, semble-t-il, l'origine des maux du recourant (implant dentaire de 2008). Le Dr T _____ a retenu également comme utile une prise en charge physiothérapeute utile dans ce contexte. S'agissant des vertiges persistants de longue date, ils évoquent selon lui un vertige positionnel paroxystique bénin, peu invalidant, la manœuvre de Hallpike étant négative. Il mentionne finalement le SAS connu depuis cinq

ans, observant que le traitement par CPAP a été proposé par son pneumologue, mais le patient ne supporte pas le port du masque. Sur le plan ORL, il n'a pas de traitement médical ou chirurgical à proposer pour cet aspect. Il relève enfin que les trois pathologies différentes peuvent avoir des répercussions sur la capacité de travail, mais celles-ci devraient être limitées et transitoires avec un traitement bien suivi. Ces pathologies ne sont pas responsables de l'incapacité de travail prolongée du patient, dont les causes principales de ses limitations, ou son incapacité à exercer son activité professionnelle semblent être son état dépressif, ses problèmes ostéo-articulaires et ses névralgies sur lesquels il ne peut se prononcer, n'étant pas spécialiste de ces domaines. Il n'empêche toutefois que ses conclusions n'ont pas été en tant que telles remises en cause par le recourant, pas plus d'ailleurs que par son ORL traitant. Et si l'on prend en définitive en compte le fait que finalement la cause des divers maux dont le recourant s'est plaint pendant de nombreuses années doit être attribuée aux conséquences d'un implant posé en 2008 - preuve en soit le fait qu'ayant été retiré

A/4319/2015 - 34/36 - en 2015, cette intervention a eu des conséquences quasi immédiates sur la diminution très sensible des douleurs et troubles dont se plaignait le recourant -, l'appréciation de ce médecin était pertinente, et ne saurait donc être ignorée en tant que telle. À la différence de l'ORL traitant, le Dr T _____ ne se trouvait pas dans une relation thérapeutique avec le recourant. Du reste l'ORL traitant lui-même n'a pas toujours eu des positions cohérentes, en particulier s'agissant de son appréciation sur la capacité de travail de son patient : il indique en effet au SMR, en mars 2011, que la situation du patient était stabilisée depuis juin 2010, celui-ci présentant selon lui depuis cette époque-là une capacité de travail de 50 %. Cela ne l'a toutefois pas empêché, dans son rapport du 24 avril 2014, retenant alors comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail celui de maladie de Ménière avec vertiges probablement antérieurs à 2008 et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'acouphènes, SAS, reflux, céphalées, depuis 2008, de conclure alors, sans la moindre motivation, une incapacité de travail de 100 % dès le 17 mars 2010, pour une durée indéterminée.

E. 16

Ainsi, au vu de ce qui précède, la chambre des assurances sociales considère que c'est à juste titre que l'intimé a retenu en définitive et conformément à l'avis du SMR dans son rapport du 16 mars 2015, confirmé par le rapport complémentaire du 24 septembre 2015, que l'assuré disposait d'une incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès l'échéance du délai d'attente d'un an, mais d'une capacité de travail de 85 % avec diminution de rendement de 10 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que les activités administratives et les emplois de bureau.

E. 17

On notera encore, bien que la comparaison des revenus telle qu'opérée par l'intimé ne fasse pas l'objet d'une contestation en tant que telle par le recourant, que les revenus sans invalidité pris en compte, la méthode de détermination du revenu avec invalidité, soit la table TA7 ligne 22 ESS 2011 et le niveau 4 - niveau d'activités simples et répétitives -, et la réduction supplémentaire de 10 % tenant compte de l'âge et du fait que l'intéressé travaillait à temps partiel, sont conformes à la jurisprudence susmentionnée, les calculs aboutissant à la détermination d'un taux d'invalidité de 36.44 % arrondis à 36 % étant justes: il convient en effet d'observer que c'est bien un revenu sans invalidité de CHF 79'278.- qui doit être

pris en compte pour le calcul - conformément aux précisions données en bas de page 2 quant au revenu sans invalidité -, et non pas CHF 78'278.- (erreur de plume en milieu de page 2 de la décision entreprise).

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours est en tous points infondé. Cette conclusion s'impose d'autant plus que si l'on en croit les déclarations du recourant en comparution personnelle devant la chambre de céans (« Le Dr Y_____ m'a dit que cet implant avait abimé tous mes nerfs jusqu'à l'oreille interne et les mâchoires. Aujourd'hui, mon problème a bien diminué, je souffre encore quelques fois par semaine, mais sur une échelle de 10, je peux dire que, de 8 à 9, mes douleurs ont diminué à 3 ou 4. Si je suis ici, c'est pour que justice me soit rendue

A/4319/2015 - 35/36 - par rapport à tout ce que j'ai souffert : pour voir si on peut trouver une solution pour me reconforter. En effet, avec tout cela, j'ai perdu mon travail, j'ai eu des problèmes financiers, qui eux-mêmes ont provoqué des tensions avec mon épouse ».), il semble ainsi qu'en définitive, le recourant ait saisi la chambre de céans pour des motifs qui tiennent plus à la volonté d'obtenir la réparation d'un dommage que lui auraient fait subir ceux qui lui ont posé un implant, en 2008, - cet aspect échappant totalement à la compétence de la chambre de céans - qu'à une véritable contestation de la décision de l'OAI.

E. 19

Pour toutes ces raisons le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/4319/2015 - 36/36 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.