

GE_GERICHTE A/4319/2015 vom 23. Januar 2017

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4319_2015

FR: GE_GERICHTE A/4319/2015 du 23 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE A/4319/2015 del 23 gennaio 2017

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à PLAN-LES-OUATES recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant ou encore M.A_____), né en 1951, de nationalité suisse, marié, a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), datée du 19 mars 2010 mais enregistrée le 4 avril 2010, tendant à l'octroi de moyens auxiliaires, soit un appareil auditif, suivie le 5 juillet 2010 - enregistrée le 20 juillet 2010 - d'une demande de mesures professionnelles/rente, pour des problèmes de rhumatismes/bursite, problèmes cervicaux et lombaires ainsi que de l'ouïe. En dernier lieu il était responsable de l'épicerie de Vermont, dès le 1^{er} décembre 2008, pour un emploi à 100 % et un salaire mensuel de CHF 6'500.- bruts (son contrat de travail ayant été résilié par l'employeur, par courrier du 15 avril 2010 pour le 30 mai 2010, pour raison économique). Il était incapable de travailler à 100 % pour cause de maladie dès le 14 janvier 2010. Assuré pour la perte de gain maladie de son dernier employeur, il percevait des indemnités journalières de La Mobilière (ci-après : aussi l'assureur perte de gain).! [endif]>! [if> 2. En date du 27 août 2010 La Mobilière a adressé copie de son dossier médical à l'OAI, comportant notamment :! [endif]>! [if> - un certificat médical sur formulaire de l'assureur perte de gain, du 9 mars 2010 du docteur B_____, spécialiste FMH ORL (ci-après aussi : l'ORL traitant) qui retient les diagnostics de maladie de Ménière, apnées du sommeil (ci-après : SAS) et acouphènes ; début du traitement le 15 juillet 2009; les premiers symptômes sont apparus au début 2009, par des vertiges, nausées et acouphènes. Le patient a déjà subi un traitement médical antérieurement aux HUG pour la même affection; l'incapacité de travail est de 100 % dès le 14 janvier 2010. Pas d'hospitalisation; pas d'opération prévue ;! [endif]>! [if> - la réponse du Dr B_____ au médecin-conseil de La Mobilière, en date du 17 juin 2010: le syndrome de Ménière fluctue de jour en jour mais il est toujours présent ; quant à l'impact de cette maladie sur sa capacité de travail dans sa profession de pâtissier, si la composante des vertiges prédomine, il y a incapacité d'exercer sa profession. À son avis le syndrome de Ménière justifie toujours un arrêt de travail; l'état dépressif peut également expliquer en partie l'incapacité de travail. S'agissant du problème ORL, mis à part ses acouphènes qui ont conduit à la dépression, les crises de vertiges peuvent paralyser le patient avec incapacité de se tenir debout, donc incapacité de travail; pronostic pour une reprise de travail: inconnu, l'évolution du syndrome de Ménière est imprévisible ;! [endif]>! [if> - la réponse du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne (ci-après aussi : le médecin traitant), aux questions du médecin-conseil de l'assureur perte de gain, en date du 26 mai 2010 : diagnostic principal motivant l'arrêt de travail: vertiges récidivants (Ménière ?), suspicion de névralgie d'Arnold, état dépressif, SAS. Comorbidités interférant avec la capacité de travail: état dépressif, SAS.

Anamnestiquement, depuis le début 2009, épisode de vertiges importants, accompagné de deux épisodes de surdité brusque et d'acouphènes très gênants. L'IRM est sans particularité. Parallèlement, névralgie de type Arnold handicapant beaucoup le patient. Traitement en cours: médicamenteux ( num ration des médicaments); reprise du travail: tout en sachant qu'il a été licencié, pronostic réservé pour le moment, les névralgies persistant et le problème ORL n'étant pas résolu. Un deuxième avis médical n'est probablement pas utile, le patient étant déjà suivi par un ORL ;! [endif]>![if> - divers certificats d'arrêts de travail à 100 % de janvier   août 2010 pour une durée indéterminée.![endif]>![if> 3. Le 7 septembre 2010 le Dr C _____ a adressé un rapport médical à l'OAI : il a posé les diagnostics incapacitants de névralgies occipito-temporales G, vertiges récidivants, état dépressif et SAS; et sans effet sur la capacité de travail le diagnostic d'hypertension artérielle (HTA); il suivait ce patient depuis août 2001 et le dernier contrôle remontait au 31 août 2010; le patient est simultanément suivi par le Dr B _____; le pronostic toujours réservé, l'évolution étant très fluctuante. L'incapacité de travail est de 100 % d s le 17 mars 2010 pour une durée indéterminée. Quant aux restrictions physiques, mentales ou psychiques, le patient est fatigué par ses multiples douleurs et ses acouphènes. La fatigue physique et psychique empêche une concentration compatible avec une activité professionnelle, le patient étant responsable d'une épicerie. Du point de vue médical l'activité exercée n'est plus exigible, les restrictions énumérées ne peuvent être réduites par des mesures médicales; on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle pour le moment, la situation n'évoluant pas. Quant aux travaux exigibles, le patient peut travailler dans toutes les positions, mais de manière temporaire, les douleurs interférant avec ses capacités de concentration et de résistance.![endif]>![if> 4. Dans son rapport à l'OAI, l'ex-employeur indique que l'activité consistait majoritairement dans le service des clients, les achats et la tenue des comptes; plus rarement à porter des poids. Au niveau des charges et exigences, l'activité se déroule essentiellement debout, moins fréquemment assis, impliquant également la marche, soulever ou porter des poids légers à moyens, et sur le plan intellectuel l'activité exige une grande concentration, de l'endurance, un travail soigné, et une faculté d'interprétation.![endif]>![if> 5. Dans son rapport du 2 décembre 2010 à l'OAI le Dr B _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de maladie de Ménière avec vertiges et sans effet sur la capacité de travail, d'acouphènes, SAS, reflux et céphalées depuis 2008. Il traitait le patient depuis le 15 juillet 2009; dernière consultation le 24 septembre 2010. Symptômes actuels: déséquilibre, surdité, sifflements, troubles respiratoires; pronostic mauvais. Traitement en cours: médicaments et port d'une prothèse auditive. Incapacité de travail: 100 % dès le 17 mars 2010. Restrictions physiques: ne pas se tenir debout, vomissements et l'incompréhension des clients. Elles se manifestaient au travail par des chutes, nausées et surdité. L'activité exercée n'est plus exigible; les restrictions susmentionnées peuvent être réduites par des prothèses auditives pour un meilleur contact avec la clientèle. On ne peut toutefois s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Travaux exigibles: activités uniquement en position assise, port de charges jusqu'à 10 kg, montée d'escaliers; capacité de concentration, de compréhension et de résistance limitées; capacité d'adaptation non limitée.![endif]>![if> 6. Par courrier du 17 décembre 2010, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement. L'examen du droit à la rente était en cours. ![endif]>![if> 7. Le 27 janvier 2011, la docteure D _____ du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a émis un premier avis : assuré de 60 ans responsable d'une épicerie en incapacité de travail à 100

% dès janvier 2010 pour une maladie de Ménière accompagnée de surdité brusque. Les médecins traitants confirment l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle: crédible (vertiges paroxystiques, nausées, impossibilité de se tenir debout) ; en revanche la capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas précisée: interpellé le Dr B _____ sur la fréquence et la durée des accès de vertiges, et si l'assuré présente une capacité de travail dans une activité adaptée sédentaire; dans l'affirmative à quel taux et depuis quand.![endif]>![if> 8. Le 3 mars 2011, l'OAI a accordé l'appareil acoustique sollicité.![endif]>![if> 9. Le SMR a consigné la teneur d'un entretien téléphonique avec le Dr B _____, en date du 24 mars 2011 : la situation du patient est stabilisée depuis juin 2010 et la capacité de travail est de 50 % (mi-journée) depuis cette date. Limitations fonctionnelles: vertiges presque quotidiens, paroxystiques: pas de travail de précision, pas de déplacements à pied, pas de station debout prolongée, vomissements occasionnels, accès facilité à des sanitaires. Préférer une activité sédentaire ou semi-sédentaire. Lecture à l'écran possible.![endif]>![if> 10. Selon un rapport du Dr C _____ du 20 mai 2011, l'état de santé du patient s'est aggravé. Il n'y a pas de changements de diagnostic; ceux qui ont une influence sur la capacité de travail sont l'arthrose vertébrale et polyarthralgies, état dépressif, céphalées avec névralgies occipito-temporales G, acouphènes G; quant à l'évolution: augmentation globale des douleurs diffuses et principalement des névralgies occipito-temporales G, persistance d'un état dépressif important, fluctuant; traitement médicamenteux et chiropractie pour la nuque, ORL pour l'oreille G; dernier examen médical le 17 mai 2011. Il a précisé dans un questionnaire annexe que la situation est fluctuante mais globalement défavorable, d'évolution progressive. Limitations fonctionnelles: impossibilité de rester assis ou debout longtemps, troubles de concentration et de mémoire en rapport avec les douleurs. La capacité de travail dans le poste occupé (responsable de magasin) est nulle, nulle également dans une autre activité, adaptée; bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique; compliance optimale; deux dernières consultations: 13 et 17 mai 2011. S'agissant des troubles psychiques, le patient est en recherche d'un psychothérapeute. Le Cymbalta a dû être remplacé par le Tryptizol à cause des effets secondaires. Une reprise de travail est très peu probable au vu des événements cités précédemment. ![endif]>![if> 11. Le 22 août 2011, le SMR a établi une note d'entretien téléphonique avec le Dr C _____ : il s'agit d'un « cas complexe » avec polyplaintes rendant difficile pour le médecin traitant d'entrevoir une capacité de travail. Il « ne sait plus très bien quoi faire ». L'assuré a bénéficié de plusieurs consultations spécialisées: neurologique pour les névralgies, rhumatologique. Les comptes-rendus seront faxés au SMR. Peu de choses ont pu être objectivées expliquant les plaintes;. sur le plan psychiatrique: état dépressif fluctuant en lien avec les douleurs. L'assuré a été invité plusieurs fois à consulter un psychiatre mais rien n'a été mis en place. L'assuré aurait été examiné par le médecin-conseil de l'assureur perte de gain. ![endif]>![if> 12. Le 29 août 2011, les rapports médicaux suivants ont été faxés à l'OAI :![endif]>![if> - rapport de radiographie de la colonne dorsale et lombo-sacrée face/profil du 28 avril 2008 (Dr E _____, spécialiste FMH) : le bassin est bien équilibré ; scoliose dorso-lombaire en S modérée, étagée, prédominant en L3-L4, L4-L5, visible sous forme de discret pincement des espaces inter-somatiques et d'une ostéophytose marginale, essentiellement antérieure, des plateaux vertébraux adjacents; pas d'altération morphologique des corps vertébraux ; canal rachidien de dimension normale; ébauche d'arthrose sacro-iliaque bilatérale ; à l'étage dorsal, hyper-cyphose avec toutefois un bon respect de l'alignement des murs postérieurs; spondylodiscarthrose modérée étagée, visible essentiellement sous forme d'une

ostéophytose marginale antérieure prenant par endroits un aspect quasi en pont. Pas d'altération morphologique des corps vertébraux ;!endif]>!if> - rapport d'IRM cervicale du 30 juin 2008 (Drs E_____ et F_____, spécialistes FMH en radiologie) : en conclusion, données IRM cervicales sans anomalie notable hormis celles de dessiccations au niveau des espaces intersomatiques cervicaux ;!endif]>!if> - courrier de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation du 7 mai 2009: le patient l'avait consultée en date du 25 avril 2008 uniquement pendant trente à quarante minutes. Il se plaignait depuis une année, semble-t-il, d'un engourdissement des deux petits doigts, de douleurs au bord externe de l'avant-bras et du bras mais plutôt centré autour du coude, et aussi d'un engourdissement de l'index droit, de douleurs des épaules mais de manière moins intense que les coudes, de lourdeur des membres inférieurs, d'une douleur de la charnière dorsolombaire avec irradiations en ceinture à gauche. Les douleurs étaient parfois cervicales avec une sensation de visage endormi. L'anamnèse révélait socialement une période prolongée de chômage, une formation était en cours; trois opérations de la prostate, un problème colique non étiqueté ayant nécessité une colonoscopie, un traitement de Xanax, des ronflements nocturnes et des réveils nocturnes avec sentiment de manquer d'air. L'anamnèse avait été fastidieuse, le médecin voulant obtenir des détails sur le caractère des douleurs et sur leur intensité. Elle avait reconvoqué le patient pour faire le tri de toutes les plaintes, mais le patient avait sauf erreur décommandé son rendez-vous du début mai ;!endif]>!if> - un rapport d'IRM des rochers du 12 mai 2009 du service de radiologie des HUG (Dresse H_____, médecin adjointe agrégée, et Dr I_____, médecin interne) pour un bilan après deuxième épisode de surdité brusque à gauche : les rochers sont dans les limites de la norme. Pas d'anomalie décelable au niveau du parenchyme cérébral ;!endif]>!if> - rapport du 8 février 2010 du docteur Dr J_____, FMH en pneumologie, pour suspicion de SAS. Diagnostic : SAS. Anamnesticquement, le patient est suivi par l'ORL traitant pour un reflux gastro-œsophagien (Oméprazole 40mg 2 x par jour) depuis août 2009. La plainte qui concerne le SAS est associée à une asthénie diurne avec somnolence, quelquefois des périodes d'endormissement dans la voiture. Symptomatologie connue de longue date, en pénération progressive. Consultations, il y a environ deux ans, du docteur K_____, FMH en médecine interne et pneumologie, qui aurait établi un diagnostic de SAS pour lequel le patient n'aurait pas suivi de traitement. A l'anamnèse: ronflements nocturnes très bruyants, pas d'apnées constatées par l'épouse, agitation motrice nocturne, pas d'éveil, pas de nycturie. Le matin, le patient est fatigué; fréquentes céphalées matinales. Ne ressent pas de syndrome de restless leg. En général il se couche vers 23h00 et se lève vers 7h00; endormissement en une vingtaine de minutes; le patient dort préférentiellement en décubitus latéral. L'anamnèse révèle en outre une asthénie diurne, des difficultés de concentration et mnésique, une irritabilité légère, pas d'humeur dépressive, pas de troubles en conduisant. L'évaluation de la somnolence selon Epworth montre un score de 9/24. Poids stable aux alentours de 86 kg. Nez décrit comme souvent bouché. Antécédents personnels : colon irritable, HTA familiale, trois ou quatre opérations pour des kystes vésicaux. Habitudes: tabagisme interrompu depuis douze ans, précédemment quelques cigarettes par jour. Pas d'alcool. Notion d'allergies aux pollens sous forme de rhume des foins et asthme, pas d'allergie médicamenteuse identifiée. À l'examen clinique: bon état général, sympathique, orienté, collaborant, eupnéique, non cyanosé; auscultation cardiaque: bruits B1 et B2 présents, pas de souffle; auscultation pulmonaire normale; cavité buccale: luvette bifide; cavité nasale sans particularité; pas d'adénoopathie palpée en sous-mandibulaires latérocervicale ou

sus-claviculaires. Examens complémentaires: 3 septembre 2009 oxymétrie nocturne et 29 septembre 2009 polysomnographie. Cette dernière confirme le SAS avec un index d'événements à vingt apnées hypopnées par heure associée à de nombreux éveils et micro-éveils. Ces événements apnéiques sont modérément désaturants avec tout de même environ 10 % du temps avec une saturation inférieure à 90 %. Un traitement par CPAP tenté dès fin octobre: relativement bien supporté et le patient prétend ressentir un certain bénéfice le matin ;![endif]>![if> - rapport d'échographie de la hanche gauche du 9 juin 2010 par le docteur L_____, radiologue FMH (Clinique des Grangettes) qui conclut à une tendinopathie du moyen fessier gauche, qui a été infiltré par une ampoule de Diprophos ;![endif]>![if> - rapport de consultation/évaluation neurologique du 28 septembre 2010 du docteur M_____, spécialiste FMH en neurologie: patient connu pour deux épisodes de surdité brusque, le dernier à gauche, début 2009. Dans ce contexte, vertiges d'importance fluctuante. On signale également un état dépressif, un SAS et HTA traitée. Depuis une année le patient est à l'arrêt de travail. L'évaluation neurologique est motivée par la présence de céphalées dont les débuts ne sont pas très clairs pour le patient. En mai 2009 une IRM cervicale a décrit la situation comme normale. Il en va de même des vaisseaux à l'intérieur de la tête. Sur la base des renseignements anamnestiques utiles, les plaintes du patient, et l'examen neurologique, (nerfs crâniens, nuque, membres supérieurs et inférieurs, station debout et démarche), en conclusion l'anamnèse des céphalées n'est pas très précise quant à son début et les caractéristiques signalées le jour de l'examen diff rent sensiblement de ce qui est mentionné dans le courrier d'introduction du médecin traitant. Elles semblent avoir actuellement un caractère tout à fait continu, sans aucune composante à type de lancées évocatrices d'un aspect névralgique. L'anamnèse et le développement de céphalées ont en premier lieu évoqué un problème musculo-squelettique.   la consultation qui s'est tenue le matin, le patient est peu symptomatique. La palpation de la musculature cervicale et tout particulièrement de l'insertion de celle-ci au niveau de l'occiput à gauche est assez clairement sensible. L'ensemble du tableau évoque en tout premier lieu une composante tensionnelle musculaire, le mode de présentation étant un peu inhabituel (le matin au réveil). L'examineur s'est posé la question d'un lien avec le SAS, symptomatologie connue pour pouvoir s'associer à des maux de tête. Avant d'envisager l'introduction d'un traitement antalgique quotidien ou d'un traitement de fond, il a proposé une évaluation et éventuelle prise en charge par un chiropraticien. Si l'évolution n'était pas favorable, on pourrait tenter si cela n'a pas été fait à ce jour, un traitement transitoire (médicamenteux) sur une dizaine de jours. Dans les autres alternatives, un traitement de fond par un antidépresseur antalgique pourrait se discuter. Rappelant que le patient est connu pour une atteinte du nerf médian au carpe, il signale ce jour des paresthésies qui débordent de ce contexte. La répétition de l'ENMG pourrait se discuter afin de s'assurer de la non évolutivité de l'atteinte du nerf médian respectivement de l'absence du développement d'une atteinte du nerf ulnaire au coude ;![endif]>![if> - rapport d'échographie de l'épaule gauche du 26 janvier 2011 par le docteur N_____, spécialiste FMH en radiologie au CIM : il conclut à une enthésopathie du tiers moyen du tendon supra spinatus sans signe de déchirure même partielle ou de bursite sous-acromiale ;![endif]>![if> - courrier du médecin traitant du 20 mai 2011 au médecin-conseil de La Mobilière, répondant à une demande de renseignements du 5 avril 2011 :  tat dépressif, arthrose vertébrale, polyarthralgies diffuses, névralgies occipito- temporales G invalidantes, tinnitus (acouphène) G invalidant, SAS, HTA; rappel du traitement en cours, évolution globalement défavorable, reprise du travail très problématique, le patient ne pouvant pas rester

longtemps debout ni assis et présentant des troubles de concentration et de mémoire en rapport avec ses douleurs et son état dépressif. Le pronostic est réservé.![endif]>![if> 13. Le 9 septembre 2011, l'OAI s'est procuré le rapport d'examen du 17 octobre 2010 du médecin-conseil de l'assureur perte de gain maladie, le docteur O_____, spécialiste FMH en médecine interne: sur le plan anamnestique, patient péruvien époux d'une suisse, père de trois enfants et grand-père de cinq petits-enfants. Au Pérou il a acquis une formation universitaire, diplôme d'administration et de management. Dans son pays d'origine, il a occupé un poste à responsabilités dans les télécommunications. Il a émigré en Suisse en 1990, à la demande de son épouse qui ne supportait plus la situation d'insécurité au Pérou. En Suisse il a eu différentes occupations: employé de banque, à l'administration fiscale cantonale, dans une assurance-maladie et finalement responsable gérant d'une épicerie mini-market. En incapacité de travail depuis le 14 janvier 2010, licencié en raison de la faillite du petit commerce en mai 2010. Diagnostics principaux motivant l'incapacité de travail: état dépressif moyen avec symptômes somatiques évoluant depuis 2 ans ; SAS non traité; comorbidités influençant la capacité de travail: panarthrose vertébrale avec cervicalgies et lombalgies chroniques, ainsi qu'antécédents de maladie de Ménière, avec acouphènes et hypoacousie résiduels. L'incapacité de travail est justifiée. L'état dépressif avec état anxieux est au premier plan avec diminution de l'énergie vitale, tristesse, troubles de la concentration, perte de poids et crises de panique. Éléments non médicaux (professionnels, familiaux...) jouant un rôle dans l'incapacité de travail: l'entreprise dans laquelle il travaillait est en faillite et il est licencié; par ailleurs sa dernière activité ne correspondait pas au niveau de sa formation. La prise en charge et l'adhérence au traitement ne sont pas optimales : au vu de la persistance de l'état dépressif avec plaintes somatiques une prise en charge par un psychiatre ainsi qu'un traitement antidépresseur sont vraiment à envisager. Le pronostic avec un suivi psychiatrique est plutôt favorable, ce patient ayant fait face à d'autres difficultés avec succès dans son passé. Quant à un plan de reprise de travail, le patient est incapable de reprendre son travail de gérant en raison des manipulations de charges lourdes que cela implique. Ses lombalgies sont invalidantes. Après amélioration de son état psychique, d'ici quatre mois, on peut envisager une inscription au chômage pour un emploi de bureau. L'examineur ne relève aucun désir particulier, projet professionnel ou attentes vis-à-vis de l'assurance, de la part du patient. Le médecin traitant est d'accord avec ces conclusions.![endif]>![if> 14. Le 4 novembre 2011, le SMR a émis un nouvel avis : dans son rapport du 20 mai 2011 le médecin traitant atteste une capacité de travail nulle pour toute activité ; mais d'après renseignements téléphoniques obtenus par la Dresse D_____ le 22 août 2011, on ne comprend pas les raisons de cette incapacité. Une expertise psychiatrique est nécessaire.![endif]>![if> 15. Le rapport d'expertise du 24 février 2012, du docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, est fondé sur l'examen de l'expertisé le 22 février 2012, un entretien téléphonique du même jour avec le médecin traitant et l'étude du dossier. Après avoir résumé le dossier médical, consigné une anamnèse personnelle et familiale détaillée, et relevé, au niveau des plaintes que spontanément l'assuré ne rapporte aucune plainte du registre psychiatrique, mais qu'au questionnaire systématique on retrouve une symptomatologie dépressive de peu de sévérité; une fatigue anormale paraît être présente la plupart du temps, l'assuré relatant aussi des épisodes de tristesse, de perte d'intérêt et de plaisir, ceux-ci n'ayant cependant pas de caractère permanent. L'expertisé réfute toute idée suicidaire, pas de culpabilité pathologique, dit dormir bien tout en précisant que l'enregistrement du sommeil avait montré des réveils dont il n'était pas conscient; appétit normal. La recherche d'une

symptomatologie anxieuse spécifique met tout de même en évidence des attaques de panique. L'expertisé rapporte des crises de quelques minutes où il peine à avaler, où la respiration est difficile et où il présente des sudations anormales. Ces crises sont accompagnées de la cognition caractéristique d'un risque de perdre connaissance ou de mourir. Pour le reste il n'a pas de véritable évitement phobique. Il n'y a pas de symptômes obsessionnels compulsifs. L'assuré réfute toute difficulté avec les conduites alimentaires et les substances psychoactives; pas de plainte du registre cérébro-organique; pas de symptomatologie psychotique floride. À l'observation: assuré orienté dans le temps et dans l'espace, parfaitement vigile, ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques; rien pour un déficit praxique ou gnosique; jugement et raisonnement parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. Pas de troubles de langage. En bref, le status permet de réfuter sans autre une affection psycho-organique. Habituellement pas triste, mais s'assombrit lorsqu'il évoque sa situation actuelle. Reste vif et suit bien le focus de l'entretien. Il n'est pas ralenti; activité psychomotrice normale; pas de manifestations physiques de grande anxiété; cours de la pensée normal; les associations d'idées sont bonnes; pas d'indices pour un délire; pas de signes indirects d'hallucinations. L'expert a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et de trouble panique sans agoraphobie (F 41.0). Pour ce qui est du premier, les éléments anxieux et dépressifs retenus sont tout au plus légers. Pour que l'on puisse poser ce diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, le tableau clinique doit encore être associé à des symptômes neurovégétatifs (tremblements, gêne épigastrique, palpitations, sécheresse buccale,...). Dans le cas présent on a des éléments dépressifs de peu de sévérité: essentiellement fatigue, tristesse et anhédonie occasionnelle. Au vu de ce qui précède, l'expert retient un simple trouble anxieux et dépressif mixte, selon la définition de la CIM-10; le rapport d'évaluation du Dr O _____ retient un "état" (et non pas un "épisode", ce qui est tout de même différent) dépressif moyen avec symptômes somatiques. Ce que ce confrère note comme symptômes en réponse à la question 3 vaudrait tout au plus pour un épisode dépressif léger, sans qu'on en soit même certain. Rien n'indique au dossier et dans l'anamnèse que cet assuré ait présenté un tableau dépressif durablement plus grave que ce qui est constaté aujourd'hui et ce, depuis le début de ses problèmes de santé actuels. S'agissant du second diagnostic, l'attaque de panique est une période bien délimitée et soudaine de peur intense accompagnée d'un sentiment de catastrophe imminente (peur de perdre le contrôle, de devenir fou, de s'évanouir ou de mourir) qui est très caractéristique. Elle est associée à différentes sensations physiques (palpitations, sensation d'étouffement, sudations, tremblements, secousses musculaires, nausées vertiges et gêne abdominale). Dans le cas présent, le questionnement ciblé met en évidence de véritables attaques de panique même si le descriptif qu'en donne le patient n'est pas tout à fait classique. Ces crises étaient apparemment plus sévères et plus longues à la fin des années 2000. L'assuré semble avoir repris un certain contrôle à ce sujet. Il reste néanmoins très préoccupé par ses symptômes. Pour ce motif il paraît justifié de retenir un trouble panique, même si ce trouble n'a rien de sévère. Le patient ne rapporte par ailleurs pas de conduites d'évitement tant de situations sociales que de lieux confinés ou de lieux où il y a foule. On peut dès lors exclure tant la phobie sociale que l'agoraphobie. La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. L'assuré rapporte par ailleurs des plaintes du registre somatique qui pourrait manquer de bases organiques probantes, comme semble le confirmer la note d'entretien téléphonique du 22 août 2011 entre le SMR et le médecin traitant. Ses plaintes pourraient relever d'un trouble somatoforme et d'un trouble somatoforme indifférencié en

particulier. Ce diagnostic peut rester en attente dans la mesure où l'on ne retrouve pas au dossier d'appréciation circonstanciée et bien motivée qui démontrerait cette discordance entre les plaintes douloureuses, entre autres choses, et les bases organiques probantes. En conclusion, on ne peut pas retenir d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. Pour le cas où l'on retiendrait un trouble somatoforme, on devrait alors prendre acte que la comorbidité psychiatrique qui lui serait dévolue ne serait en rien sévère, au vu de ce qui a été développé. Il n'y aurait donc pas de motifs de la considérer à part de ce qui désignerait déjà le trouble somatoforme en termes de limitations potentielles. Pour le reste, on pourrait admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art et la notion d'un processus maladif de longue durée. Le réseau social est par contre bien conservé. On ne peut pas davantage admettre un état « cristallisé » chez ce sujet qui garde des ressources et des capacités adaptatives indéniables. À supposer encore qu'un trouble somatoforme soit retenu qu'il faut considérer qu'il n'y aurait pas les critères pour faire l'exception et admettre que cet assuré ne serait pas à même de réintégrer le monde ordinaire du travail en raison de ce trouble somatoforme. Enfin, sur le plan purement psychiatrique le pronostic n'est pas nécessairement mauvais, sachant qu'il n'y a pas de trouble de personnalité sous-jacente et que la psychopathologie observée n'est pas particulièrement grave. L'expert a répondu à toutes les questions posées, en particulier il ne retient pas de limitations psychiatriques pour les motifs développés, ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique, et précise qu'il n'y en a jamais eu sur la durée. Les questions relatives à la réadaptation professionnelle ou à l'exercice d'une activité adaptée ne se posent pas, dès lors qu'il n'y a pas d'incapacité de travail psychiatrique.

16. Le SMR a émis un nouvel avis en date du 25 avril 2012 : le médecin traitant de l'assuré atteste dans son rapport du 20 mai 2011 une capacité de travail nulle pour toute activité mais ne justifie pas cette incapacité totale. L'ORL traitant atteste quant à lui une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il décrit que les crises de vertiges sont quotidiennes et durent toute la journée. Le médecin-conseil de l'assureur perte de gain retient comme diagnostics influençant la capacité de travail d'état dépressif et de SAS comme diagnostics principaux et les diagnostics de panarthrose vertébrale et d'antécédents de maladie de Ménière, comme comorbidités secondaires. Il atteste d'une incapacité de travail complète pour l'ancienne activité de gérant d'épicerie. Pour lui une reprise d'activité (adaptée aux limitations fonctionnelles) est possible, pour autant que l'atteinte psychiatrique soit traitée. En revanche, l'expert psychiatre ne retient aucun diagnostic au niveau psychiatrique pouvant être incapacitant, et cela n'a jamais été le cas. L'expert psychiatre ne parle pas d'atteinte vertigineuse. À l'heure actuelle on aurait du mal à comprendre la raison de la limitation de la capacité de travail dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles (changement de position assis-debout fréquent, pas de port de charges lourdes, pas de travaux en porte-à-faux du tronc, troubles de mémoire et de concentration, pas de travaux en hauteur ou avec des machines dangereuses, de travaux de précision, pas de station debout prolongée, possibilité d'accès aisée aux toilettes). Sur le plan ORL, pour le Dr O _____, la maladie de Ménière n'est qu'un antécédent, alors qu'en mars 2011, pour l'ORL traitant les crises de vertiges sont majeures et fortement incapacitantes. Compte tenu des contradictions manifestes entre les différents rapports médicaux, il est indispensable de demander une expertise ORL et une expertise rhumatologique, pour faire le point sur les causes d'une éventuelle limitation de la capacité de travail.

17. L'expert spécialiste ORL pressenti n'a pas pu accepter la mission, tandis que sur le plan rhumatologique, l'expertise a été confiée au docteur Q _____, rhumatologue FMH.

18. Cet expert a rendu son rapport

le 25 novembre 2012. Après avoir inventorié et résumé les pièces médicales essentielles du dossier, l'expert a consacré une première partie de son rapport aux données subjectives du patient, où figurent : l'anamnèse personnelle, avec les antécédents et habitudes de l'assuré ; l'anamnèse systématique où sont notées les plaintes de l'expertisé dans les différents domaines examinés, (cardio-respiratoire, digestif, urinaire, ostéoarticulaire et neurologique) ; l'anamnèse sociale et familiale, ainsi que le relevé des activités de la vie quotidienne de l'expertisé. Une seconde partie est consacrée à l'examen clinique, en particulier du rachis cervical, du rachis dorso-lombaires, des articulations sacro-iliaques et périphériques, pour lesquelles l'expert a relevé huit points de fibromyalgie douloureuse sur dix-huit, détaillant ses constatations par rapport à l'examen des épaules, des coudes, des poignets et des mains, des hanches et des genoux, ainsi que des chevilles et des pieds. Il a également procédé à un examen neurologique, pris en compte le rapport d'échographie de l'épaule gauche du 29 novembre 2011, et ordonné des radiographies complémentaires des genoux, de la colonne lombaire, et de la colonne cervicale, selon rapports du 12 novembre 2012 du docteur R_____, spécialiste FMH en radiologie, dont l'expert a rapporté les conclusions relevant pour les genoux, une gonarthrose bilatérale touchant en particulier les compartiments internes; pour la colonne lombaire une discrète scoliose sinistro-convexe centrée sur L3, une sclérose sous-chondrale des plateaux adjacents en D12-L1 et L1-L2 témoignant d'une discopathie dégénérative. Pas d'arthrose majeure au niveau interfaccettaire postérieur; et pour la colonne cervicale, un bon alignement, pas de recul du mur postérieur, espaces intersomatiques relativement conservés, arthrose modérée entre l'arc antérieur de l'atlas et l'extrémité distale de la dent de l'odontoïde, discrets signes d'uncarthrose en C2-C3 et C3-C4. Après avoir consacré une partie importante de son rapport à la discussion du cas, l'expert a répondu à toutes les questions posées. S'agissant des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, il a retenu ceux de: - tendinopathie des épaules avec signes de conflit sous-acromial et rupture partielle du tendon supra-épineux G, depuis 5 ans à gauche et 6 mois à droite (M75.1) ; - épicondylite du coude G depuis probablement 5 ans (M77.1) ; - légère arthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire bilatérale symptomatique depuis quelques mois (M17.0) ; - maladie de Ménière avec sensations vertigineuses, acouphènes et hypoacousie depuis 3 ans et demi (H81.0) ; - SAS depuis en tout cas 4 ans (G47.3). Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu ceux de : - cervicalgie et lombalgies chroniques depuis environ 5 ans (M54.2, M54.5) ; - HTA traitée, depuis en tout cas 30 ans (I10). Quant à l'influence sur la capacité de travail, s'agissant des limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés, l'expert considère au plan physique que le patient est limité pour des activités nécessitant de soulever des charges lourdes, de travailler avec les bras dans un plan situé au-dessus de l'horizontale, de travailler en position agenouillée et accroupie, de marcher longtemps, de monter/descendre souvent des escaliers. Il peut aussi être limité pour des activités répétitives des membres supérieurs, surtout du côté gauche en raison des atteintes des épaules, mais aussi de l'épicondylite du coude gauche. Au plan psychique et mental, il y a déjà eu une appréciation des limitations psychiques éventuelles dans le cadre d'une expertise médicale en février 2012. L'expert a conclu dans son rapport qu'il n'y avait pas de limitations psychiatriques. Sans avoir lui-même effectué d'examen de type psychiatrique, n'en ayant pas les compétences requises, le Dr Q_____ n'a toutefois pas eu l'impression de limitations de l'expertisé sur le plan psychique et mental, dues à ses troubles somatiques. Au plan social il n'a pas détecté de limitations, dues à des problèmes d'ordre physique. Quant à l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, d'après les

documents à disposition et notamment le questionnaire de l'OAI pour l'employeur, l'emploi de l'expertisé à l'épicerie de Vermont comportait surtout des activités peu difficiles physiquement (servir les clients, faire des achats, tenir des comptes : 34 à 66 % de son temps de travail. Porter des charges : 5 % de son temps de travail). Les diagnostics rhumatologiques (gonarthrose, tendinopathie des épaules, épicondylite du coude gauche, cervicalgie et lombalgie chronique) n'ont que peu d'impact sur sa dernière activité professionnelle. Pour ce qui est de la capacité résiduelle de travail, l'expertisé peut être limité pour les activités physiques au cours desquelles il doit porter des charges de plus de 5 à 10 kg de façon régulière, effectuer des travaux avec les bras au-dessus d'un plan horizontal, faire des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, marcher de façon prolongée, monter et descendre souvent les escaliers. Dans son dernier emploi de responsable d'une épicerie, il y a une diminution de la capacité de travail de 15 %. L'activité exercée est exigible à raison de 6h45 par jour. Il y a une diminution de rendement de 10 %. L'incapacité de travail pour les motifs rhumatologiques est de 15 % depuis janvier 2010. Quant à l'évolution du degré d'incapacité de travail, il paraît être resté stable depuis janvier 2010. S'agissant de mesures de réadaptation professionnelle, celles-ci sont envisageables dès maintenant. Il est possible que des mesures médicales (physiothérapie, traitement médicamenteux, infiltration locale de corticoïdes) diminuent les douleurs et plaintes dues à la gonarthrose, à l'épicondylite du coude gauche, à l'atteinte de la coiffe des rotateurs des deux épaules. Étant donné le nombre de plaintes ostéoarticulaires, un suivi par un rhumatologue est souhaitable. Le poste de travail dans lequel il était employé en dernier lieu est adapté. Il doit privilégier les emplois administratifs ou dans un bureau. Les mesures médicales envisageables peuvent éventuellement encore augmenter sa capacité de travail. D'autres activités administratives, emplois de bureau sont exigibles, mais doivent respecter certaines limitations: celles-ci incluent des ports de charges de plus de 5 à 10 kg, des travaux avec les bras au-dessus du plan horizontal, des mouvements répétitifs des membres supérieurs, les activités en position agenouillée ou accroupie, des marches prolongées et dans les escaliers. S'agissant du temps de travail journalier et de la diminution de rendement, dans une activité adaptée, elle est également de 6h45 par jour avec une diminution de rendement de 10 %. Enfin l'expert a rappelé que ses conclusions ne concernent que les problèmes ostéoarticulaires, mais pas les conséquences de la maladie de Ménière, de sorte qu'il lui paraît également nécessaire de faire procéder à une expertise par un spécialiste ORL.!

19. En date du 15 octobre 2015 l'OAI a reçu une nouvelle demande de moyens auxiliaires, soit pour un appareil auditif à droite.!

20. Le SMR (Dr S_____) a émis un nouvel avis en date du 18 novembre 2013. Faisant le point sur l'état actuel d'instruction du dossier, relevant qu'aux termes de l'expertise psychiatrique de février 2012, l'expert n'a retenu aucun diagnostic au niveau psychiatrique, et qu'il n'y a jamais eu d'incapacité de travail en lien avec une atteinte psychiatrique; que l'expertise rhumatologique effectuée par le Dr Q_____ en novembre 2012 a conclu à une capacité de 85 % avec baisse de rendement de 10 %, au niveau strictement ostéoarticulaire. A l'heure actuelle, pour se positionner de façon précise sur la capacité de travail de l'assuré, il est nécessaire de demander aux médecins traitants (ORL et généraliste) des rapports médicaux initiaux, et de demander au docteur T_____, spécialiste FMH en ORL, désigné par l'OAI comme expert, ce qu'il en est de son rapport.!

21. Le Dr T_____ s'est quant à lui limité à fournir à l'OAI, après plusieurs rappels, dans un courrier du 16 décembre 2013, « quelques renseignements concernant le bilan ORL » qu'il avait effectué chez le patient : sur le plan ORL l'assuré souffre d'hémicrânies persistantes dans un contexte

de dysfonction douloureuse de l'articulation temporo-mandibulaire. Pour ce problème, un examen maxillo-facial est indiqué pour discuter l'indication à la confection d'une gouttière dentaire. Une prise en charge physiothérapeutique est aussi indiquée. Le patient se plaint aussi de vertiges persistants de longue date, évocateur d'un vertige positionnel paroxystique bénin. Ce vertige est peu invalidant et la manœuvre de Hallpike est négative. Il a proposé au patient d'effectuer des manœuvres de Semont pour améliorer la situation. Finalement le patient est connu pour un SAS, diagnostic posé il y a cinq ans. L'indication à un traitement par CPAP a été proposé par son pneumologue, mais le patient ne supporte pas le port du masque. Sur le plan ORL (pour cet aspect) il n'a pas de traitement médical ou chirurgical à proposer. Les trois pathologies différentes peuvent avoir des répercussions sur la capacité de travail. Avec un traitement bien suivi, elles devraient être limitées et transitoires. Elles ne sont pas responsables de l'incapacité de travail prolongée de ce patient. L'examineur ne peut pas se prononcer sur les causes principales de ses limitations ou son incapacité à exercer son activité professionnelle, qui semblent être son état dépressif, ses problèmes ostéoarticulaires et ses névralgies.

22. Interpellé par l'OAI suite aux recommandations du SMR, le Dr C_____ a adressé un rapport médical en date du 17 janvier 2014. Il retient les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants: état anxio-dépressif depuis près de dix ans; névralgies occipitales-temporales gauches invalidantes, douleurs musculo-squelettiques principalement lombaires, touchant également les genoux, l'épaule droite et plus récemment la gauche, et tinnitus (acouphène) bilatéral invalidant ; et le diagnostic d'HTA, sans effet sur la capacité de travail; il suit le patient depuis août 2001, dernier contrôle en date du 4 décembre 2013. Le patient est suivi parallèlement par son ORL. Sur le plan anamnestique, depuis plus de 5 ans, le patient est atteint d'un tinnitus très invalidant accompagné de névralgies prenant la nuque, la région temporale G et l'œil G, présents la plupart du temps 6 à 7 heures par jour. Parallèlement douleurs musculo-squelettiques variables, sur fond d'état anxio-dépressif chronique. Douleurs à la mobilisation et à la palpation du dos et des épaules ; le pronostic est réservé. Le traitement actuel: physiothérapie et prescription de Cymbalta, d'antalgiques et d'anti-inflammatoires locaux. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 17 mars 2010. En termes de limitations, les douleurs chroniques associées à des névralgies créent des troubles de concentration. Les douleurs musculo-squelettiques interfèrent avec la mobilité. Une reprise de travail paraît illusoire. Quant aux travaux exigibles, ce médecin a exclu toute activité physique, observant que les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées, et que le patient était apte à se déplacer.

23. Après plusieurs rappels, l'ORL traitant, le Dr B_____, a adressé le rapport demandé à l'OAI en date du 25 avril 2014. Diagnostics avec effet sur la capacité de travail: maladie de Ménière avec vertiges probablement antérieurs à 2008; diagnostics sans effet sur la capacité de travail: acouphènes, SAS, reflux, céphalées, depuis 2008. Il suit le patient depuis le 15 juillet 2009, le dernier contrôle remontant au 26 mars 2014. S'agissant de ses constatations médicales, il note : déséquilibre, surdité, sifflements, maladie de Ménière et maladie de reflux ; le pronostic est mauvais. Traitement actuel: médicaments décrits, et port d'une prothèse auditive à gauche. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 17 mars 2010, les restrictions physiques consistant dans le fait que le patient ne peut se tenir debout, qu'il a des nausées et vomissements, et qu'il est incompris par les clients; ses limitations se traduisent par des chutes, des nausées, et de la surdité. L'activité exercée en dernier lieu ne peut plus être exigée. Une activité adaptée au handicap est impossible actuellement. Les restrictions énumérées ne pourraient être réduites par des

mesures médicales. Quant aux travaux exigibles, ce médecin a exclu tout type d'activité physique, le patient étant apte à se déplacer, mais ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance sont toutes limitées d'une manière importante.

24. Dans un avis du 29 septembre 2014, le SMR (Dresse U_____) a relevé que le Dr T_____ n'avait pas procédé à une expertise, mais à une consultation. Il ne retient pas d'atteinte ORL d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail de longue durée. Il évoque toutefois pour expliquer l'IT de longue durée « son état dépressif, ses problèmes ostéoarticulaires et ses névralgies » sur lesquels il ne peut pas se prononcer. En ce qui concerne les plaintes psychiques et ostéoarticulaires, le SMR rappelle les conclusions des experts. S'agissant des névralgies, il n'existe aucun renseignement sur les limitations fonctionnelles éventuellement induites ou sur les éventuelles répercussions sur la capacité de travail. Le médecin traitant généraliste fait valoir actuellement un état anxio-dépressif depuis près de dix ans, et dont on a vu qu'il n'entraînait pas d'incapacité de travail de longue durée, des névralgies occipito-temporales gauches invalidantes, des douleurs musculo-squelettiques principalement lombaires et touchant également les genoux, l'épaule droite et plus récemment la gauche, sur lesquelles l'expert Q_____ s'est prononcé, et un tinnitus bilatéral invalidant que le Dr T_____ ne retient pas comme incapacitant. Le Dr B_____ n'a plus revu l'assuré depuis le 26 mars 2014. Afin de déterminer la capacité de travail exigible de cet assuré, il y a lieu de demander une expertise neurologique au docteur V_____, neurologue FMH à Lausanne, afin d'évaluer les éventuelles répercussions sur la capacité de travail de névralgies.

25. Après avoir donné la possibilité à l'assuré d'exercer son droit d'être entendu, l'OAI a confié la mission d'expertise au Dr V_____ en date du 21 octobre 2014. L'expert a déposé son rapport le 16 février 2015. Les conclusions de l'expertise se basent sur l'étude du dossier médical AI, un entretien avec l'expertisé, suivi d'un examen neurologique effectué le 5 février 2015, et quelques pièces complémentaires amenées par l'assuré. L'expert a tout d'abord rappelé le cadre de sa mission, et relevé les éléments essentiels du dossier, en particulier la description et le résumé et des rapports médicaux et expertises versés au dossier, ainsi que des pièces complémentaires, soit un bilan neurologique par la doctoresse W_____, FMH en neurologie, du 13 juin 2008, selon lequel l'ENMG met en évidence un syndrome du tunnel carpien bilatéral, et le rapport du 18 avril 2012, du docteur X_____, neurologue FMH, faisant état d'une hypoacousie gauche imputable à la maladie de Ménière, bien caractérisée, le reste du tableau étant lié à un état de stress et de tension importante. Il a ensuite procédé à une anamnèse complète et systématique sur les plans cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, urinaire, psychique et social, et relevé les plaintes actuelles de l'expertisé, en prenant note du traitement en cours, des habitudes de l'expertisé et du déroulement d'une journée type. Il a ensuite inventorié ses constatations objectives à l'examen, et consigné son appréciation du cas: l'expert confirme l'absence de composantes neurologiques à l'origine des douleurs distribuées aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, en l'absence de tout argument clinique et radiologique en faveur d'une compression radiculaire, et ceci tant au niveau cervical que lombaire. Il n'y a pas non plus de signe médullaire. Il existe également une pathologie ORL, avec hypoacousie, vertiges récidivants compatibles avec une maladie de Ménière. L'ORL considère qu'il ne s'agit pas d'une pathologie invalidante. De plus, selon les dires de l'assuré, la symptomatologie vertigineuse est devenue beaucoup plus légère qu'auparavant, manifestement bien compensée par le traitement de Betaserc, et subjectivement peu gênante. L'expertise neurologique est demandée en raison de céphalées chroniques et

quotidiennes, évoluant depuis 5 ans. Ce tableau a motivé un bilan neurologique chez le Dr M_____ en septembre 2010, et chez le Dr X_____ en avril 2012. Tous deux avaient retenu la composante tensionnelle. En effet, si l'on se réfère aux plaintes de l'assuré, il s'agit d'une céphalée très fréquente, relativement stéréotypée, hémicrânienne G, sans composante bien spécifique associée, et qui objectivement peut être reproduite à la palpation de l'insertion des muscles cervicaux au niveau occipital. En l'absence de tout autre anomalie au status neurologique, en particulier de signes d'hypertension intracrânienne au fond d'œil, de méningisme, de latéralisation, et compte tenu également de la longue évolution, l'expert partage l'avis de ses confrères en retenant le diagnostic de céphalées de tension chronique. L'assuré est pris en charge par le Centre de la douleur des HUG, et un traitement de Saroten a été prescrit, qui est en effet la médication de première ligne dans une telle situation. La céphalée de tension ne peut être considérée comme potentiellement invalidante. A l'examen clinique : patient détendu, voire souriant, qui ne manifeste en aucune manière de signes prégnants de souffrance somatique. De plus, selon ce qu'il rapporte, il est actif, participe aux activités domestiques sans limitation, et ceci de 6h30 du matin à 22h30 environ, en dehors d'une petite sieste de quarante minutes. Au total, d'un strict point de vue neurologique, il n'y a pas de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. L'expert a retenu les diagnostics neurologiques sans répercussion sur la capacité de travail suivants : céphalées de tension chronique, syndrome du tunnel carpien documenté en juin 2008, actuellement asymptomatique. Sur le plan neuro-otologique, il existe un tableau hautement évocateur d'une maladie de Ménière, actuellement bien contrôlé avec le traitement. Il a enfin répondu à toutes les questions posées : sur le plan neurologique l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail; à la question de savoir, dans l'hypothèse où un trouble de la lignée somatoforme ou trouble assimilé a été constaté, l'on peut raisonnablement exiger un effort de volonté de la part de l'assuré pour utiliser sa capacité de travail, en d'autres termes si des éléments de gravité selon la jurisprudence en vigueur sont présents, l'expert s'est référé à l'expertise psychiatrique du Dr P_____ et considère que sur le plan neurologique, il n'y a rien à ajouter. S'agissant d'une activité adaptée, celle-ci ne serait soumise à aucune limitation sur le plan neurologique, les limitations au plan rhumatologique ayant d'ores et déjà été formulés par l'expert en la matière. Quant aux éventuelles propositions thérapeutiques, l'expert se réfère au Saroten, l'effet sur la capacité de travail du traitement étant sans objet dès lors qu'il n'y a pas de limitations sur le plan neurologique. Le traitement pourrait potentiellement améliorer la qualité de vie, mais ne saurait être considéré comme exigible. Quant aux pronostics il est favorable sur le plan neurologique. S'agissant enfin de l'aptitude de l'expertisé à participer à des mesures de réadaptation professionnelle, l'expert le confirme, en rappelant qu'il convient de tenir compte des limitations fonctionnelles établies sur le plan rhumatologique.!

26. En date du 16 mars 2015, le SMR (Dresse D_____) a émis un nouvel avis, reprenant l'ensemble des documents médicaux réunis dans le cadre de l'instruction de la demande, en particulier les divers avis des médecins traitants, ainsi que le résultat des expertises psychiatriques du 24 février 2012, rhumatologique du 25 novembre 2012, de la consultation spécialisée (plutôt qu'une expertise) sur le plan ORL, et finalement l'expertise neurologique. Aux termes de l'instruction, le SMR retient les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires qui ne sont pas respectées dans l'intégralité des tâches correspondant à l'activité de responsable d'épicerie. Par ailleurs le déficit auditif limite la compréhension dans les environnements bruyants ou lorsque plusieurs personnes parlent en même temps; dans ce contexte, la part « service aux clients » paraît difficilement exigible.

Toutefois, dans la part administrative, les limitations fonctionnelles restent compatibles avec une activité horaire de 6h45 par jour avec diminution de rendement de 10 % soit une capacité de travail résiduelle de 75 % environ dans les activités administratives. La capacité de travail dans une activité adaptée est vraisemblablement similaire. Sur le plan ORL, au vu des informations attestant une évolution favorable, le SMR ne retient finalement pas d'incapacité de travail durable en lien avec les vertiges. Le déficit auditif limite la compréhension dans un environnement bruyant et lorsque plusieurs personnes parlent en même temps. Sur le plan psychiatrique et neurologique, il n'y a pas d'atteinte incapacitante. Par rapport au SAS non traité, l'expertise psychiatrique ne met en évidence aucun trouble cognitif ni sur le plan subjectif, ni sur le plan objectif. Par conséquent le service médical considère que le SAS est sans répercussion notable sur la capacité de travail. Au final le SMR retient une incapacité totale de travail dans la part manutention de marchandises (troubles ostéoarticulaires) et service aux clients (troubles auditifs) dans l'activité habituelle dès le 14 janvier 2010 et une capacité de travail de 75 % dans la part administrative. Dans une activité totalement adaptée de type administratif, la capacité de travail est de 75 % (6h45 par jour avec 10 % de diminution de rendement) depuis lors. 27. Entre-temps l'OAI a rendu une décision octroyant une participation aux frais de prothèse auditive droite, faisant l'objet de la 3 e demande de prestations de l'assuré. 28. Le 14 juillet 2015, la cellule monitoring de l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité, sur la base de la comparaison des revenus, aboutissant à un degré d'invalidité de 36 %. 29. Par courrier du 20 juillet 2015, le mandataire de l'assuré a encore communiqué à l'OAI copie d'un rapport du département de chirurgie des HUG au médecin traitant, du 10 juin 2015, fondée sur une consultation du 10 mars 2015. Selon ce rapport, le docteur Y_____, chef de clinique, rappelle que le patient a bénéficié d'un bilan multidisciplinaire suivi d'un plan de traitement. La prise en charge s'est déroulée sur deux mois, du 10 mars au 8 mai 2015. Les diagnostics suivants sont posés : céphalées de tension chronique post cure de couronne dentaire 25 en 2008 ; cervicalgies et lombalgies chroniques non déficitaires ; arthrose C1-C2 antérieure selon radiographies de 2012 ; possible syndrome facéttaire L4/L5 bilatérale et autres figurant déjà dans les documents susmentionnés. En conclusion, le Dr Y_____ recommande au patient de consulter un ostéopathe (technique douce) pour quatre séances afin d'évaluer l'impact sur l'acouphène, les céphalées et la cervicalgie. Au niveau professionnel il estime que le patient est en incapacité totale pour son métier comme employé de commerce de formation. Il n'y a pas de possibilité d'adaptation. Les limitations sont physiques au niveau du port de charges, les déplacements dans des escaliers ou sur des échafaudages. La position mixte (assis-débout) serait préférable. Dû à l'acouphène et aux céphalées, la capacité de concentration pourrait être limitée. 30. Par courrier du 26 août 2015, le mandataire de l'assuré a relancé l'OAI, observant que la demande de prestations datait de 2010. L'OAI était mise en demeure de donner une réponse adéquate dans les 10 jours, à défaut de quoi, une plainte administrative « à l'encontre de votre ministre de tutelle,... serait déposée pour que la justice fasse son travail, comme apparemment l'OAI n'était pas capable de faire le sien. » 31. Par courrier du 14 septembre 2015, l'OAI a soumis au mandataire de l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Depuis le 14 janvier 2010, début du délai d'attente d'un an, la capacité de travail de l'assuré est considérablement restreinte. Des éléments médicaux réunis lors de l'instruction du dossier il ressort qu'à l'issue du délai d'attente, le 14 janvier 2011, l'intéressé était en incapacité de travail totale dans son activité habituelle; toutefois, selon les constatations du SMR, dans

une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles telles que les activités administratives, les emplois de bureau, l'assuré a une capacité de travail de 85 % avec toutefois une diminution de rendement de 10 %. La comparaison des revenus, sans invalidité de CHF 78'278, et avec invalidité de CHF 50'386, soit une différence (perte de gain) de CHF 28'802, détermine un degré d'invalidité de 36 %. Au vu de l'expérience professionnelle et des compétences de l'assuré, selon son curriculum vitae, l'OAI estime que l'assuré peut exercer un emploi administratif ou de bureau (ligne 22 TA7 ESS 2011) de niveau simple et répétitif (niveau 4 selon ISS 2011). En raison de l'âge et le fait qu'il travaillait à temps partiel, une réduction supplémentaire de 10 % est accordée. Selon les données communiquées par son dernier employeur en 2009, l'assuré a touché un salaire annuel brut de CHF 78'000.-. Ce salaire réactualisé à l'année 2011 à l'aide de l'ISS, détermine un salaire annuel brut sans invalidité de CHF 79'278.- (CHF 78'000.- / 2136 × 2171). Concernant les mesures professionnelles, selon les renseignements versés au dossier, l'assuré a exercé diverses activités dans le domaine administratif et commercial. Il a donc les connaissances nécessaires à l'exercice de ses activités exigibles. 32. Le 24 septembre 2015, le SMR s'est encore prononcé sur le rapport du Dr Y_____ (HUG) susmentionné. Les diagnostics mentionnés ne changent pas les conclusions du SMR, concernant la capacité de travail, par contre on peut élargir les limitations fonctionnelles en lien avec les cervicalgies et les lombalgies, en y ajoutant: pas de position en porte-à-faux, pas de mouvements nécessitant une rotation du torse, pas de marche sur un terrain irrégulier, pas de mouvements de la nuque nécessitant des extensions et flexions à répétition. 33. Le 13 novembre 2015, en l'absence de contestation du projet de décision susmentionné, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité, en reprenant intégralement les termes du projet de décision du 14 septembre 2015. Un taux d'invalidité inférieur à 40 % (en l'espèce 36 %) ne donne pas droit à une rente d'invalidité, les mesures professionnelles n'ayant pas lieu d'être, la demande est rejetée. 33. Par courrier recommandé du 10 décembre 2015, reçu le 11, l'assuré, représenté par son mandataire, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Il conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise. Le rapport des HUG (Dr Y_____) du 10 juin 2015 indique en conclusion qu'au niveau professionnel, le patient est en incapacité totale pour son métier comme employé de commerce de formation. Il n'y a pas de possibilité d'adaptation. " Indépendamment " de la décision entreprise, le Dr B_____ a établi un nouveau certificat médical - du 25 novembre 2015 -, alléguant que ce document, qu'il produit, mentionne l'incapacité de l'assuré à travailler. Le recourant s'interroge également sur les raisons pour lesquelles, en plus de 5 ans, malgré l'incapacité de travail avérée de l'assuré, l'OAI n'ait pas jugé bon d'assurer correctement le suivi de ce dossier. Le certificat médical du Dr B_____, susmentionné a la teneur suivante : « Je suis depuis de nombreuses années à ma consultation ORL (M.A_____) , né le 7/02/1951, pour de multiples affections dans la sphère ORL. Il souffre de surdité, d'acouphènes et de vertiges sur fond de maladie de Ménière. En outre, il porte une prothèse auditive à gauche. Il souffre aussi de céphalées temporo-occipitales gauches chroniques. Il présente également un syndrome d'apnées du sommeil, ainsi qu'une maladie de reflux oeso-gastro-pharyngé et des dysfonctions tubaires. Le présent certificat est rédigé à la demande de l'intéressé, à faire valoir à qui de droit. » 34. Par courrier du 5 janvier 2016, par écriture spontanée, le mandataire du recourant a adressé, en complément au recours, un certificat médical du Dr C_____, daté du 22 décembre 2015, dont il explique qu'il confirme que le recourant est suivi depuis 2001, entre autres par ce médecin. Le document

en question a la teneur suivante : « Le médecin soussigné certifie suivre (M.A_____),... depuis août 2001. Ce dernier souffre de céphalées de tension chronique post cure de couronne dentaire 25 en 2008, de cervicalgies et lombalgies chroniques non déficitaires, de coxarthrose gauche, de maladie de Ménière gauche depuis 2009, d'une hypoacousie bilatérale plus importante à gauche, d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Il souffre également d'hypertension artérielle et d'un syndrome d'apnées du sommeil depuis 2011. »

35. L'intimé a répondu au recours par courrier du 18 janvier 2016. Il conclut à son rejet. Le recourant conteste principalement la capacité de travail retenue par l'Office, estimant qu'il est en totale incapacité de travail. A l'appui de son recours, l'assuré a produit un certificat médical de son ORL traitant du 25 novembre 2015 et s'appuie également sur le rapport médical des HUG du 10 juin 2015. Ce dernier rapport a été pris en compte par l'intimé, dans la détermination du droit aux prestations du recourant. Le SMR indique à ce propos, dans son rapport du 24 septembre 2015, prendre en compte cette nouvelle pièce médicale, dont les diagnostics mentionnés ne modifient pas le rapport SMR concernant la capacité de travail, mais propose 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, des limitations fonctionnelles ont été ajoutées à celles existantes, mais celles-ci ne sont 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). S'agissant de la deuxième pièce médicale produite, celle-ci n'apporte aucun élément nouveau. Tous ces éléments médicaux sont déjà connus de l'Office et ont été pris en compte.

36. Le recourant a brièvement répliqué par courrier du 9 février 2016. Il persiste dans ses conclusions, « à savoir qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel a été définie par (l'intimé), confirmée par différents médecins traitants, au vu de son état de santé. ». De plus la situation médicale du recourant n'a cessé de se dégrader depuis plus de cinq ans qu'a duré l'analyse du dossier.

37. Sur quoi, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle en date du 5 septembre 2016:

Le recourant a déclaré : « Je perçois une rente AVS depuis le mois de février 2016. Je suis toujours en traitement médical et je suis suivi par les Drs C_____ et B_____, qui me suivent tous les deux depuis 2009. Je vois le Dr C_____ de façon variable, parfois une fois par mois, parfois tous les deux mois. Je suis hypertendu, et c'est essentiellement pour cela qu'il me traite, mais également pour des questions d'arthrose cervicale et aux genoux. Je marche toujours 2 x 45 minutes par jour. Je consulte le Dr B_____ deux fois par année pour des contrôles. Mon oreille droite est de plus en plus affectée de surdité. Dès 2009, j'ai commencé à avoir des vertiges et autres problèmes de santé. Je ne tenais plus debout au travail. Une fois, j'ai même eu un problème sur le pont Butin. On a dû m'emmener en ambulance à l'hôpital Les ORL ont diagnostiqué une maladie de Ménière. J'ai également eu d'importantes céphalées. J'ai énormément souffert et personne ne comprenait l'origine de mes douleurs. J'ai pris des quantités de médicaments, notamment à base d'opium, pour tenter de me soulager. C'est uniquement grâce à la présence de mes petits-enfants que je n'ai pas finalement sauté par la fenêtre. Je cherchais toujours l'origine de mes souffrances sans qu'aucun médecin n'ait pu me donner une explication. J'ai même été traité au centre de la douleur à Beau-Séjour et c'est le Dr Y_____ qui a finalement trouvé que l'origine de mes souffrances pouvait être un implant dentaire que l'on m'avait placé à la clinique dentaire en 2008. J'ai eu de la peine à obtenir un rendez-vous dans cet hôpital. Lorsque j'ai rencontré les médecins, ils voulaient manifestement se couvrir, en déniaient l'origine de mes maux par rapport à cet implant. Mais finalement, on me l'a enlevé en 2015. Une semaine

après, la douleur a commencé à diminuer. 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 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. Je voudrais ajouter que je dois à vie avoir dans ma poche de la Bétahistine, pour le cas où mes vertiges recommenceraient. C'est mon médecin qui m'en a en effet dit que devais prendre cette précaution: j'en ai pris pendant des années plusieurs fois par jour et maintenant, cela a bien diminué et je n'en prends que le matin et le soir. » Sur quoi les parties ont pris note que la cause était gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 3. Le litige porte sur 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. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 6. Les atteintes à la

santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge 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 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).

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). 9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 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). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa

santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). 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 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'invalidité 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 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). 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. 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 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. Ains, 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. 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_____ conclu 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. 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. 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. [endif]>![if> 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 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 hémicrânies 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 Hallpicke 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 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. 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, conformé 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. 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).!

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 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.!

19. Pour toutes ces raisons le recours sera rejeté. !

Etant donné que depuis le 1 er 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. 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.