

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1894/2016

ATAS/86/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 7 février 2017**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marc LIRONI

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1970 au Portugal, est arrivé en 1987 en Suisse, où il a travaillé notamment en tant que trieur et technicien en pneumatiques chez B\_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur) dès septembre 1991.
2. Dès le 18 février 2009, l'assuré a été en incapacité de travail.
3. Le 22 juillet 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
4. Par rapport du 20 août 2009, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif majeur sévère sans symptôme psychotique. Le patient avait eu un passé difficile et des deuils accumulés ces derniers temps. Il n'avait jamais réussi à apprendre à lire et à écrire. Objectivement, l'assuré était quasiment mutique, il montrait des signes d'anxiété et une dépression profonde, se sentant dans une situation sans issue, avec un retrait social net. Son incapacité de travail était totale et les idées suicidaires n'étaient pas loin. Il était difficile d'imaginer ce que l'assuré pourrait exercer comme activité compatible à ses problèmes physiques, au vu de ses troubles de la concentration. En outre, l'assuré s'endormait dès qu'il était tranquillement assis.
5. Par rapport du 26 août 2009, la doctoresse D\_\_\_\_\_, cheffe de clinique du service de neurologie de l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après les HUG) a diagnostiqué des malaises de nature indéterminée et une dépression sévère.

Elle a joint un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2009 qu'elle avait établi suite à l'hospitalisation de l'assuré du 26 février au 5 mars 2009, diagnostiquant des malaises quotidiens avec tremblements de tout le corps de nature indéterminée, une dépression sévère, une épilepsie généralisée tonico-clonique et un status post-traumatisme crânio-cérébral (ci-après TCC). Le 9 février 2009, le grand-père de l'assuré était décédé, ce qui avait constitué un événement très traumatisant, dans un contexte de dépression avec des idées suicidaires intermittentes. Les médecins avaient introduit un traitement anti-dépresseur et l'assuré nécessitait un suivi psychiatrique.

6. Par rapport du 18 octobre 2009, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin traitant, a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann et sur probable instabilité lombaire-spondylolisthésis de L5, des lombosciatalgies gauches aiguës, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, des céphalées chroniques, une épilepsie, un status post-TCC, un état anxio-dépressif récurrent, une hernie inguinale gauche, une hypertension artérielle et une narcolepsie. L'incapacité de travail était totale.

Elle a joint notamment:

- un rapport du 7 juillet 2008 suite à l'hospitalisation de l'assuré du 23 juin au 27 juin 2008 en raison d'une tentative de suicide;

- un rapport d'hospitalisation de l'assuré du 1<sup>er</sup> juillet au 6 août 2008, en raison d'un tentamen gravissime nécessitant des soins en milieu intensif ;
  - un rapport du 12 décembre 2008 de la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concernant un CT-Scan cérébral constatant une hypodensité fronto-basale gauche s'accompagnant d'une atrophie cortico-sous-corticale d'aspect séquellaire, dans le contexte d'un ancien TCC connu ;
  - un rapport du 23 mars 2009 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FHM en radiologie, concernant une radiographie de la colonne dorsale et lombaire de l'assuré;
  - un rapport du 25 août 2009 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, selon lequel l'assuré présentait une somnolence diurne liée à une narcolepsie qui venait d'être documentée. L'assuré présentait cette somnolence diurne depuis l'âge de 25 ans et avait fini par s'en accommoder, même si elle entravait son activité professionnelle. Un traitement allait être introduit;
  - un rapport d'examen neuropsychologique du 3 septembre 2009 de Madame I\_\_\_\_\_, psychologue et neuropsychologue, selon lequel l'assuré, connu pour un TCC, une épilepsie et une dépression sévère, se plaignait de difficultés de concentration et de mémoire depuis quelques années. Il rapportait oublier des informations importantes. Le patient était très ralenti sur le plan psychomoteur, montrant également d'importants signes de tristesse. En conclusion, le bilan mettait en évidence un ralentissement psychomoteur, avec des troubles attentionnels, un défaut d'auto-activation et un déficit mnésique. Le tableau neuropsychologique était en partie compatible avec la lésion cérébrale séquellaire fronto-temporale gauche, les déficits observés étant clairement exacerbés par le tableau thymique et probablement par l'activité ictale généralisée.
7. Par rapport du 28 octobre 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une épilepsie post-traumatique sur contusion fronto-basale gauche, des crises de nature non épileptique, une narcolepsie et un état dépressif. Il suivait l'assuré depuis le 3 mai 2001. La symptomatologie actuelle était dominée par une fatigue chronique qui n'avait jamais été vraiment verbalisée par le patient mais par sa nouvelle compagne. L'évolution était favorable sous traitement et la fatigue n'apparaissait plus que l'après-midi, étant précisé que l'assuré était plus reposé car il était en arrêt de travail. Au plan comitial et narcoleptique, l'activité habituelle était encore exigible.
8. Par rapport du 4 novembre 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ a noté qu'il n'y avait pas d'amélioration, l'assuré restait fatigué l'après-midi. Le médecin pensait qu'il s'agissait d'un manque d'allant avec clinophilie.
9. Le 16 février 2010, une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) lombaire a constaté des séquelles d'une maladie de Scheuermann, un discret spondylolisthésis de L5 "grade I" sur lyse isthmique bilatérale, une arthrose

interapophysaire postérieure prédominante en L3-L4 et L4-L5 mais ne provoquant pas de rétrécissement ni canalaire, ni foraminal.

10. Par rapport du 27 mai 2010, le Dr H\_\_\_\_\_ a relevé notamment que l'assuré avait fait trois crises nocturnes. Au plan thymique, l'assuré se sentait mieux, il avait suspendu le Cymbalta il y avait deux mois et ne rapportait plus de somnolence diurne.
11. Par rapport du 16 juin 2010, la Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire, avec un status post-cure pour hernie inguinale gauche le 6 janvier 2010. Une prise en charge psychiatrique avait été proposée.
12. Par rapport du 21 juin 2010, la Dresse C\_\_\_\_\_ a noté qu'entre le 20 août 2009 et le 5 octobre 2009, l'état dépressif de l'assuré s'était aggravé dans le contexte de conflits avec son amie. Malgré le fait qu'il y avait eu amélioration sur le plan de sa vigilance par le traitement de sa narcolepsie et par le fait qu'il avait peu à peu pu revoir ses enfants, le conflit avec son amie s'était aggravé et il s'était retrouvé sans domicile fixe, menant une vie aléatoire. C'était dans ce contexte que le médecin n'avait plus réussi à le voir car l'assuré ne répondait plus au téléphone.
13. Par rapport du 24 août 2010, le Dr H\_\_\_\_\_ a relevé que l'épilepsie et la narcolepsie avaient une influence sur la capacité de travail de l'assuré. Son état de santé s'était bien amélioré depuis avril 2009 sur le plan dépressif à tel point que l'assuré avait suspendu le Cymbalta et ne consultait plus son psychiatre. Les crises généralisées avaient toutefois à nouveau lieu à une fréquence mensuelle. La narcolepsie était moins invalidante, même sans traitement, puisque l'assuré pouvait faire trois courtes siestes réparatrices par jour. À titre de limitations fonctionnelles, le patient rapportait encore des lombalgies sans syndrome vertébral manifeste. L'incapacité de travail allait prendre fin en novembre prochain. Un retour au travail ultérieurement était envisageable dans une activité adaptée.
14. Le 18 octobre 2010, l'assuré a subi une révision inguinale gauche.
15. L'employeur a mis fin au contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 novembre 2010.
16. Par avis du 10 janvier 2011, le service médical régional AI (ci-après le SMR) a notamment relevé que sur le plan psychiatrique, l'évolution était favorable. Selon le Dr H\_\_\_\_\_, les pathologies influençant l'incapacité de travail à 100% étaient une épilepsie traitée par deux anti-épileptiques, une narcolepsie et un examen neuropsychologique avait mis en évidence un ralentissement psychomoteur avec des troubles attentionnels et des difficultés mnésiques, des difficultés d'écriture et de lecture, des cervico-dorsolombalgies persistantes et une neurolyse du nerf ulnaire du coude gauche avec une diminution de la force au niveau de la main gauche. Selon le SMR, l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé.
17. Par rapport du 16 février 2011, la Dresse E\_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics déjà posés. Malgré les traitements, l'assuré se plaignait d'importantes douleurs et de

---

blocages au niveau du rachis, d'une faiblesse au niveau des membres inférieurs et de la persistance de malaises fréquents. Il restait également angoissé et déprimé avec d'importants troubles du sommeil et il présentait un léger ralentissement psychomoteur. Actuellement, des douleurs post-opératoires au niveau du pli inguinal gauche persistaient. L'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé et il ne lui permettait pas d'entreprendre un travail quel qu'il soit.

18. Par rapport du 1<sup>er</sup> mars 2011, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation actuelle concernant la capacité de travail de l'assuré était liée aux plaintes suivantes: une fatigue, des crises tant diurnes que nocturnes, un état dépressif et des lombalgies. La fatigue était à mettre avant tout sur le compte d'une narcolepsie pour laquelle l'assuré avait quand même réintroduit le Modasomil, avec un effet bénéfique et avec une heure de sieste apparemment réparatrice. Il souffrait de crises diurnes et nocturnes apparemment généralisées qui survenaient de manière plurimensuelle et d'un état dépressif qui semblait persister, traité par Cymbalta que l'assuré avait suspendu en août, prétendant qu'il n'était plus nécessaire. Enfin, les lombalgies étaient en cours d'investigation par la Dresse E\_\_\_\_\_. Concernant la fatigue, elle était probablement d'origine plurifactorielle, certes à mettre sur le compte d'une narcolepsie insuffisamment traitée, mais aussi d'un état dépressif récurrent avec manque d'allant manifeste. L'état dépressif appelait, quant à lui, à nouveau une prise en charge par la Dresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. La narcolepsie, bien traitée, ne devait pas être un motif d'incapacité de travail. Enfin, l'incapacité de travail pour la seule épilepsie était difficile à quantifier, n'étant pas certain du caractère épileptique des manifestations.
19. Dans le cadre du chômage, l'assuré a effectué un stage d'évaluation à l'emploi du 12 septembre au 7 octobre 2011 et a suivi une mesure aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) du 21 février au 16 mars 2012.
20. À la demande de l'OAI, par rapport du 2 avril 2012, les docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, ont diagnostiqué, suite notamment à des examens effectués les 6 et 9 septembre 2011, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, des dorsolombalgies chroniques sur des séquelles d'une maladie de Scheuermann et une instabilité de L5 (lyse isthmique bilatérale) depuis 2006 (aggravation en février 2009), un status post-TCC avec contusion cérébrale et des crises tonico-cloniques généralisées post-traumatiques. Sans répercussion sur la capacité de travail, le recourant présentait un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) depuis le 26 février 2009, en rémission depuis le 6 octobre 2009, une dystonie neurovégétative depuis 2009, une narcolepsie depuis 2005-2006, une hypertension artérielle traitée et une obésité depuis 2009.

Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles étaient le port de charges de plus de 10 kg, les mouvements répétés du rachis, la position en flexion du rachis, monter ou descendre d'une échelle ou d'un échafaudage en portant une charge et

pouvoir changer de position toutes les heures. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis février 2009. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était entière depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009.

Au plan psychique, l'assuré ne consultait plus de psychiatre depuis octobre 2009. Il bénéficiait toutefois d'un traitement anti-dépresseur de Cymbalta à 60 mg par jour prescrit par son médecin traitant. Depuis octobre 2009, l'expert psychiatre n'avait pas constaté de décompensation dépressive avec le traitement médicamenteux. Il n'y avait donc pas de diagnostic invalidant, hormis l'épisode de dépression sévère du 26 février au 5 octobre 2009. L'assuré ne présentait donc pas d'incapacité dans une activité simple tenant compte de sa formation et de son niveau d'instruction.

Sur le plan neurologique, depuis 2009, l'assuré présentait une dystonie neurovégétative entraînant des pertes de connaissance et des chutes, en relation avec le stress. Les crises tonico-cloniques pouvaient aussi entraîner des chutes. Mais elles étaient très épisodiques et n'avaient jamais gêné l'assuré puisqu'il avait travaillé plus de vingt ans avec cette problématique. La narcolepsie ne semblait pas limitative puisque l'assuré avait travaillé alors qu'il avait déjà une tendance à l'hypersomnie. Il ressortait de façon parfaitement claire que la capacité de travail était entière malgré l'existence d'une comitialité relativement peu active et une narcolepsie bien documentée. Il s'y surajoutait des phénomènes d'oppression rétrosternale, de manque d'air, de sensation de perte de connaissance imminente suivis de vertiges, de bourdonnement d'oreilles ainsi qu'une rupture de contact. Ces éléments n'étaient clairement pas d'ordre comitial. Par ailleurs, les troubles neuropsychologiques relevés en 2009 étaient imputables aux suites du TCC, amplifiés dans un cadre anxio-dépressif. La situation était stabilisée actuellement au vu de l'avis du co-expert psychiatre. Par conséquent, les troubles neurologiques n'étaient pas incapacitants. L'assuré ne devait pas exercer une activité où des pertes de connaissances, voire des chutes imprévisibles liées à une épilepsie constituaient un risque (ne pas travailler en hauteur ni manipuler des éléments dangereux). Toutes les activités de manutention, de travail à la chaîne étaient donc amplement envisageables.

21. Le 31 mai 2012, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un forfait pour deux appareils acoustiques.
22. Par avis du 11 octobre 2012, le SMR a repris les conclusions de l'expertise. L'assuré présentait des dorsolombalgies chroniques sur séquelles d'une maladie de Scheuermann et une instabilité de L5, un status post-TCC avec contusion cérébrale, des crises tonico-cloniques généralisées post-traumatiques. Les diagnostics qui n'étaient pas du ressort de l'AI étaient un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, présent depuis le 26 février 2009 et en rémission depuis le 6 octobre 2009, une dystonie neurovégétative depuis 2009, une narcolepsie depuis 2005-2006, de l'hypertension artérielle et de l'obésité depuis 2009.

---

L'assuré avait présenté une incapacité de travail totale de février à octobre 2009. Dans une activité adaptée, il présentait une capacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> mars 2009, à savoir sans port de charge de plus de 10 kg, pas de mouvement répétitif du rachis, pas de montée ou de descente d'une échelle ou d'un échafaudage, et la nécessité de changer de position toutes les heures.

23. Selon le questionnaire signé le 16 novembre 2012, l'employeur a indiqué que le salaire de l'assuré était de CHF 67'054.- par année depuis 2005 (13<sup>ème</sup> salaire inclus). En 2012, l'assuré aurait gagné le même salaire.
24. Par rapport du 17 février 2013, la Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré s'était fissuré l'os pyramidal du poignet droit. Depuis une année environ, son état de santé s'était modifié de façon notable. Il souffrait d'importants troubles au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire, il souffrait d'épilepsie, de séquelles d'un TCC, ainsi que d'un état anxio-dépressif. Il existait une contre-indication pour la prise de charges lourdes, de travaux lourds et de travaux à responsabilité. Une prise en charge psychiatrique était indiquée et un examen complémentaire était nécessaire pour évaluer la capacité de travail.

Le médecin a joint notamment:

- un rapport du 16 mars 2012 du Dr H\_\_\_\_\_ indiquant notamment que le moral de l'assuré était au plus bas. Il était sous Cipralex et désirait revoir sa psychiatre qu'il n'avait pas vue depuis au moins une année, la Dresse J\_\_\_\_\_;
  - une lettre de sortie des HUG du 26 novembre 2012 concernant une hospitalisation de l'assuré du 22 au 26 novembre 2012, pour de probables céphalées type migraines avec aura. Ces derniers mois, la fréquence des crises d'épilepsie était d'environ une fois par semaine, alors qu'auparavant elles étaient présentes environ une fois tous les trois mois. Une prophylaxie anti-thrombotique avait été instaurée et un bilan devait être effectué chez le neurologue pour les céphalées.
25. Le 4 juin 2013, l'OAI a informé le SMR de la fissure de l'os pyramidal du poignet droit et du fait que l'assuré consultait un nouveau psychiatre, la doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, depuis un an (qu'il ne voyait pas depuis un mois car il était trop déprimé).
26. Par avis du 13 juin 2013, le SMR a indiqué au préalable que le dossier était « examiné dans le contexte de 87 RAI ». En l'absence de complications concernant la fissure de l'os, l'avis du SMR du 7 novembre 2012 (recte 2 novembre 2012) était toujours valable.
27. Le 22 août 2013, l'assuré a été mis au bénéfice d'une orientation professionnelle à l'Intégration et formation professionnelle (ci-après ORIF) du 26 août au 17 novembre 2013.
28. Par rapport du 15 novembre 2013, l'ORIF a constaté que l'assuré avait un très bon comportement en atelier, il était consciencieux et restait concentré sur sa tâche

jusqu'à la fin de sa réalisation. L'assuré ne s'était jamais plaint de ses douleurs et sa motivation à retrouver le tissu économique le forçait à accepter les douleurs. Il avait effectué un stage de polissage, mais ses compétences n'étaient pas suffisantes pour être intégré immédiatement dans l'entreprise. Le deuxième stage avait été réalisé chez son cousin responsable d'un garage mécanique pour auto et moto. L'évaluation du stage avait validé la piste d'aide mécanicien sur auto.

29. Le 26 novembre 2013, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une formation en français écrit de base du 18 novembre 2013 au 12 janvier 2014.
30. Le 15 janvier 2014, lors d'un entretien de bilan de stage, l'assuré a indiqué que depuis un mois il était déprimé et le responsable du garage a expliqué que l'assuré passait beaucoup de temps sur son téléphone.
31. Le 21 janvier 2014, l'assuré a été mis au bénéfice d'une formation en français jusqu'au 30 mars 2014. Il devait continuer son stage d'aide-mécanicien jusqu'à cette date, les après-midis.
32. Par pli du 21 janvier 2014, l'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur le fait, au vu de ses problèmes de santé et de son attitude sur son lieu de travail, qu'il était tenu de collaborer et de participer aux traitements médicaux.
33. Selon une note d'entretien du 5 février 2014, le responsable du garage a indiqué que l'assuré avait de la volonté et qu'il était moins souvent au téléphone. Il était cependant toujours fatigué et devait souvent s'asseoir.
34. Selon deux notes versées au dossier les 7 et 15 avril 2014, le responsable du garage a indiqué notamment que l'assuré n'arrivait pas à travailler plus de deux heures ; la qualité de son travail n'était pas satisfaisante et s'était affaiblie. Lorsqu'il l'envoyait faire un achat, l'assuré oubliait ce qu'il devait acheter. L'assuré avait de la difficulté à poursuivre sa formation, il avait des problèmes de mémoire et le responsable du garage ne savait pas si le manque de rendement était dû à un manque de motivation ou aux problèmes de santé. Selon le responsable du garage, les troubles mnésiques avaient augmenté. L'assuré était actuellement en arrêt maladie à 100%.
35. Selon un courriel du 18 avril 2014 de Monsieur O\_\_\_\_\_, professeur de français, l'assuré avait fait preuve de patience et de persévérance. Le professeur avait cependant souvent constaté qu'il avait des problèmes de concentration et semblait épuisé. L'assuré avait toujours fait de son mieux, même lorsqu'il paraissait à bout de forces.
36. Le 4 juin 2014, l'OAI a relevé à l'attention du SMR que des troubles mnésiques avaient été reconnus par les experts et par le SMR, mais qu'ils n'avaient pas été retenus à titre de limitations fonctionnelles.
37. Par avis du même jour, le SMR a indiqué qu'après relecture du dossier et notamment de l'expertise, force était de constater qu'il existait des limitations fonctionnelles neuropsychologiques dont il fallait tenir compte. En effet, celles-ci

étaient répertoriées en octobre 2009 (bilan neuropsychologique) et reprises par les experts. L'assuré présentait un ralentissement et un trouble de la mémoire d'allure séquellaire fronto-temporale gauche. Ceci, associé à son illettrisme, faisait qu'une activité nécessitant de la concentration et de l'attention de manière soutenue n'était pas exigible. Ceci était à ajouter aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis mentionnées dans le rapport du SMR du 11 octobre 2012.

38. Par rapport du 12 novembre 2014, le service de réadaptation professionnelle a relevé notamment qu'il était difficile de savoir si l'assuré n'avait pas réussi sa formation en entreprise à cause de ses problèmes de dos, d'un manque de motivation lié à un état dépressif et/ou à des difficultés d'apprentissages.
39. Le 18 décembre 2014, l'assuré a été mis au bénéfice d'une orientation professionnelle aux EPI du 3 novembre 2014 au 15 février 2015.
40. Par rapport du 26 mars 2015, les Établissements publics pour l'intégration (EPI) ont conclu notamment que l'assuré gardait la position assise durablement sur la journée. La position debout statique était gardée pendant 20 minutes. Il présentait des difficultés quand il devait mettre en pratique des instructions reçues sur un support écrit (manque de connaissances en français). Il possédait les capacités et les compétences pour réintégrer à plein temps le circuit économique ordinaire avec un rendement proche de la norme en qualité d'ouvrier à l'établi. Une aide au placement était suggérée pour le soutenir dans sa recherche d'emploi dans le secteur de l'industrie. L'assuré avait été présent de manière régulière et il était soucieux de son avenir. Malgré un manque d'intérêt pour certains travaux, il avait su faire des propositions d'amélioration pour faire évoluer les exercices. Les capacités mnésiques étaient globalement satisfaisantes. Le matin, il était concentré sur sa tâche, il arrivait à mémoriser les instructions. L'après-midi, les maîtres de réadaptation avaient observé un manque d'attention continue qui se traduisait le plus souvent par des ruptures dans le travail, une baisse de la capacité à mémoriser et une écoute très partielle ce qui pouvait parfois conduire l'assuré à arrêter le travail. Enfin, dans les travaux nécessitant une bonne dextérité, de la finesse, de la précision et une attention continue soutenue, les délais n'étaient pas respectés.
41. Lors d'un entretien le 22 juin 2015, l'assuré a expliqué notamment à l'OAI qu'il avait le moral à zéro, des douleurs aux muscles de la jambe droite et des fourmillements dans les pieds (rapport du 2 juillet 2015).
42. Par rapport du 19 janvier 2016, le service de réadaptation professionnelle a relevé que suite aux diverses mesures mises en place pour aider l'assuré à se réinsérer professionnellement, aucune d'elles n'avait pu aboutir de manière constructive. Il avait été difficile de distinguer si les échecs lors des différentes mesures étaient dus aux problématiques de santé ou à un manque de motivation. Même si l'assuré avait eu un comportement respectueux envers les différents conseillers, un problème d'attitude à divers moments et une certaine passivité avaient pu être retenus. Suite à l'intervention précoce, à deux mesures d'orientation, à un reclassement et à un stage

---

qui n'avait pas pu se concrétiser, la réadaptation était clôturée. En comparant le salaire sans invalidité (CHF 67'525.-) avec le salaire avec invalidité (CHF 51'990.-) en 2010, il en résultait un degré d'invalidité de 23%.

43. Par projet de décision du 10 mars 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Depuis le 18 février 2009, la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte. Selon le SMR, elle était nulle dans son activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2009. Le service de réadaptation avait mis en place des mesures d'ordre professionnel. De ce fait, il convenait de comparer les revenus avec et sans invalidité, et il en résultait un degré d'invalidité de 23%. D'autres mesures ne permettraient pas de sauvegarder ou d'améliorer de manière notable la capacité de gain de l'assuré.
44. Le 18 avril 2016, l'assuré a contesté le projet. Il souffrait notamment de narcolepsie, de crises d'épilepsie et de pertes de mémoire. Il ne pouvait ni rester assis, ni debout pendant plusieurs heures. Son incapacité de travail était dès lors totale.
45. Par décision du 6 mai 2016, l'OAI a repris la teneur de son projet.
46. Par acte du 8 juin 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition du docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et de la Dresse E\_\_\_\_\_, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 18 février 2009, et subsidiairement, à l'octroi de mesures professionnelles.

Selon le recourant, c'était à tort que l'intimé avait considéré que sa capacité de travail était entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2009 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. C'était uniquement en se fondant sur le rapport du SMR du 11 octobre 2012 que l'intimé avait retenu que le recourant pouvait travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, ce rapport faisait totalement abstraction des effets de la narcolepsie diagnostiquée en 2009. En effet, il fallait tenir compte en plus des limitations fonctionnelles citées par le SMR, du fait qu'il pouvait s'endormir à tout moment en position assise. Vu cette maladie et la fatigue qu'elle entraînait, il lui était très compliqué de se concentrer et de mémoriser des informations. L'effet combiné de toutes ses atteintes (douleurs dorso-lombaires, épilepsie, narcolepsie) rendait impossible la pratique d'une quelconque activité professionnelle. En outre, le rapport du SMR n'entrait pas en matière sur le syndrome d'apnée du sommeil (ci-après SAS), les fourmillements des pieds, les mouvements périodiques des jambes, ses problèmes auditifs et son hypertension artérielle. Par ailleurs, le SMR avait limité l'atteinte psychiatrique de février à octobre 2009. Or, la Dresse E\_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic d'état anxio-dépressif

récurrent en février 2010, et depuis 2009, il était suivi pour un trouble dépressif majeur sévère par la Dresse C\_\_\_\_\_.

Le recourant a ajouté qu'en avril 2016, il avait effectué des examens révélant qu'il souffrait d'une somnolence diurne très importante pouvant être mise en rapport avec un SAS. À cet égard, le recourant a produit deux rapports établis les 15 avril et 1<sup>er</sup> mai 2016 par le Dr P\_\_\_\_\_ mettant en évidence un SAS léger à caractère hypopnéique obstructif principalement. Lorsque des limitations de flux étaient ajoutées, le syndrome était moyen-sévère. Le recourant allait essayer un traitement appareil de pression positive des voies aériennes (CPAP). Pour les mouvements périodiques des jambes, il fallait attendre l'évolution de la symptomatologie avec le traitement des apnées.

Le recourant a fait valoir qu'il avait un problème d'audition nécessitant le port d'un appareil, un SAS obstructif et sévère ainsi qu'une hypertension artérielle, mais aucun examen n'avait été effectué par les médecins en charge de son dossier. Or, ces atteintes devaient être prises en considération pour déterminer sa capacité de travail. Par ailleurs, âgé de 46 ans, il ne savait ni lire, ni écrire le français. Il était difficilement soutenable de considérer qu'il puisse trouver une activité professionnelle concrète adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela était d'autant plus vrai que les mesures d'ordre professionnel n'avaient pas abouti en raison de ses problèmes de santé.

47. Par réponse du 13 juillet 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Pour le surplus, l'intimé a ajouté que sa position était fondée notamment sur l'expertise pluridisciplinaire du BREM d'avril 2012 laquelle avait pleine valeur probante. Selon cette expertise, le recourant avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de mouvement répétitif du rachis, pas de montée-descente d'un échafaudage et la nécessité de changer de position toutes les heures). Le problème de la somnolence avait été pris en compte tant par les experts que par le SMR. Le recourant se limitait à souligner les divergences d'opinion relatives à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, sans mettre toutefois en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques. Le recourant avait bénéficié d'un reclassement et d'un stage qui n'avait pas pu se concrétiser faute de motivation de sa part (rapport du 19 janvier 2016). La mise en valeur d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé était objectivement exigible. L'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires était superflue. S'agissant de la pièce produite par le recourant, l'intimé se référait intégralement à l'avis du SMR du 27 juin 2016, qu'il produisait. Le SMR a relevé que dans l'anamnèse, le recourant rapportait une somnolence diurne sévère ancienne depuis 10-15 ans. Le diagnostic de narcolepsie n'était plus évoqué et la somnolence anamnétique était attribuée au SAS. L'effet du traitement

n'était pas encore connu. Selon le SMR, le problème de la somnolence était connu de longue date et n'avait jamais entravé l'activité chez son employeur. Les rapports de stage d'observation à l'ORIF et aux EPI ne mentionnaient à aucun moment un problème d'endormissement en cours de mesure. En outre, un SAS léger n'entraînait pas d'incapacité de travail durable. Tout au plus, il pouvait contre-indiquer la conduite automobile professionnelle. Ainsi, il n'y avait pas de modification de l'état de santé du recourant et les conclusions précédentes restaient entièrement valables.

48. Par réplique du 15 septembre 2016, le recourant a produit un rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2016 reprenant les diagnostics déjà posés précédemment. Elle a indiqué que malgré les traitements, le recourant se plaignait notamment d'importantes douleurs au rachis, accompagnées de blocages, de douleurs aux membres inférieurs, de fourmillements, de vertiges, d'asthénie et d'angoisses. Elle a indiqué que l'état de santé du recourant allait en s'aggravant tant sur le plan physique que psychique. En l'absence d'une stabilisation, il ne pouvait pas travailler.

Selon le recourant, il était faux d'affirmer que le problème de la somnolence avait été pris en compte tant par les experts que par le SMR, puisqu'ils ne faisaient pas mention des conséquences de la narcolepsie. L'expertise ne portait pas sur ce diagnostic, alors que le médecin traitant et le centre du sommeil des HUG avaient mis en exergue que la narcolepsie dont il souffrait depuis plusieurs années le gênait dans ses activités quotidiennes et l'empêchait de travailler. Il existait donc des éléments concrets susceptibles de remettre en cause les conclusions du SMR. Vu ses nombreuses pathologies, il était insoutenable de considérer que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à son état de santé. Une expertise complémentaire était donc nécessaire portant sur la narcolepsie, le SAS, les fourmillements des pieds, les mouvements périodiques des jambes, les problèmes d'audition et l'hypertension artérielle.

49. Par duplique du 10 octobre 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions et s'est référé à un avis du SMR du 7 octobre 2016, qu'il versait à la procédure. Selon le SMR, dans son rapport du 12 septembre 2016, le médecin traitant avait repris les diagnostics déjà signalés auparavant, sans apporter d'éléments médicaux nouveaux. Le diagnostic de narcolepsie était à nouveau retenu alors que les explorations du centre du sommeil des HUG de mars-avril 2016 ne l'avaient pas évoqué. Ce nouveau rapport n'apportait donc aucun diagnostic nouveau et ne pouvait être considéré comme convaincant.
50. Par écriture du 19 octobre 2016, le recourant a fait valoir qu'un trouble lié au sommeil existait. Or, les experts n'avaient pas examiné cet élément. Ils s'étaient bornés à en évoquer l'existence sans procéder à des investigations circonstanciées. Le recourant persistait dans la mise en œuvre d'une expertise.
51. Après avoir adressé ce pli à l'intimé, la chambre de céans a gardé la cause 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<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Le recours a été formé dans le délai et selon la forme prévus par la loi, de sorte qu'il est recevable (art. 56 et ss LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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).

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales

(cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

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

---

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).

7. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).
8. Enfin, 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. En l'occurrence, l'intimé a retenu que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle à compter du 18 février 2009, et une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> mars 2009.

À l'appui de sa position, l'intimé s'est fondé sur une expertise rendue par les Drs K\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, ainsi que sur les conclusions du SMR des 11 octobre 2012 et 4 juin 2014.

À la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, la chambre de céans est toutefois d'avis que l'on ne saurait se fonder ni sur cette expertise, ni sur les avis précités du SMR, et ce pour les motifs qui suivent.

On relèvera tout d'abord que les experts ont rendu leurs conclusions en se basant sur des examens effectués les 6 et 9 septembre 2011, soit près de cinq ans avant que la décision litigieuse n'ait été rendue (le 6 mai 2016). Or, sur le plan psychiatrique, il apparaît qu'entre la date des examens et la décision de l'intimé, le recourant a non seulement présenté des troubles de l'humeur constatés notamment par le Dr H\_\_\_\_\_ (rapport du 16 mars 2012), mais il a, de surcroît, été suivi par deux spécialistes en psychiatrie, soit les Dresses J\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ (rapports du Dr H\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> mars 2011 et 16 mars 2012 ; rapport de l'intimé du 4 juin 2013). Or, l'intimé n'a pas interrogé ces médecins sur l'état de santé du recourant. À cet égard, on soulignera que le SMR, informé notamment du suivi du recourant par la Dresse N\_\_\_\_\_, a, de manière surprenante et à tort, examiné le dossier du recourant sous l'angle de l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) - lequel est applicable aux cas de révision - pour conclure que son dernier avis était toujours valable (avis du 13 juin 2013).

Par ailleurs, sur le plan neuropsychologique, selon le rapport du SMR du 4 juin 2014, il apparaît que c'est à tort que les experts n'ont pas tenu compte des troubles neuropsychologiques du recourant dans le cadre de l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle, soit d'un ralentissement et de troubles de la mémoire. Le SMR a par conséquent estimé que ces troubles entraînaient des limitations fonctionnelles, à savoir pas d'activité nécessitant de la concentration et de l'attention de manière soutenue. Or, en procédant de la sorte, le SMR a posé de nouvelles conclusions, alors qu'il aurait dû effectuer une instruction complémentaire en interrogeant des spécialistes en neuropsychologie.

En outre, toujours sur le plan neuropsychologique, les experts ont estimé, sur la base de leurs examens effectués en septembre 2011, que la capacité de travail du recourant était entière malgré l'existence d'une comitialité relativement peu active, soit 4 à 5 crises tonico-cloniques par année (rapport d'expertise p. 41). Or, plus d'une année après, il apparaît que la fréquence des crises d'épilepsie a alors

augmenté à environ une fois par semaine (lettre de sortie des HUG du 26 novembre 2012, adressée à l'intimé le 17 février 2013). Force est encore de relever que l'intimé n'a pas interrogé les médecins du recourant sur cette péjoration.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans estime que l'instruction médicale lacunaire du dossier du recourant pourrait d'ailleurs expliquer la raison pour laquelle le service de réadaptation de l'intimé s'est retrouvé confronté à la difficulté de distinguer si les échecs du recourant, lors des différentes mesures professionnelles, étaient dus à ses atteintes à la santé ou à un manque de motivation de sa part (rapports des 12 novembre 2014 et 19 janvier 2016).

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant une appréciation adéquate des atteintes à la santé dont souffre le recourant, leurs éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions sur sa capacité de travail résiduelle, et partant, sur son degré d'invalidité.

10. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme notamment d'une expertise médicale indépendante auprès de médecins spécialisés en rhumatologie, médecine interne, neurologie, neuropsychologie et psychiatrie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies que l'intimé n'a pas instruit correctement la situation médicale du recourant. En cas de nécessité, un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressé sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.
11. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.
12. Le recourant, qui est représenté et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
13. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du 6 mai 2016.
4. Renvoie la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'Office de l'assurance-invalidité à verser à Monsieur A\_\_\_\_\_ le montant de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émoluments de CHF 200.- à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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