

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/71/2026

ATAS/530/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 juin 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représenté par Me Wilfried DOVETTA, avocat

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1974, employé de commerce, a déposé une demande de prestations invalidité qui a été reçue par l'office de l'assurance invalidité (ci-après : l'OAI) en date du 25 août 2023. Il a exposé souffrir d'acouphènes accompagnés d'hyperacousie et d'anxiété depuis l'année 2016. Son médecin traitant était le docteur B_____, spécialiste en psychiatrie, assisté du psychothérapeute C_____.

b. À la demande de l'OAI, les Drs B_____ et D_____, spécialiste en psychiatrie, et le psychothérapeute C_____ ont complété un rapport médical daté du 21 février 2024 exposant, en substance, que l'assuré souffrait de troubles du sommeil et d'importantes perturbations au niveau de l'affectivité, avec une humeur généralement triste dès le réveil ; ses acouphènes étaient très présents et persistants, tout au long de la journée. En 2017, il avait été renvoyé de son emploi en raison des difficultés engendrées par les acouphènes, augmentées de troubles du sommeil et d'une anxiété forte. En ce qui concernait la capacité de travail, le pronostic était considéré comme défavorable, en raison d'une capacité de concentration fortement modulée par la présence des acouphènes, ce qui rendait sa performance au travail instable et incertaine. À l'heure actuelle, seul un emploi dans une entreprise comme PRO insertion, à un très petit pourcentage, pouvait éventuellement être envisagé mais en aucun cas dans le monde habituel du travail. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : troubles cognitifs, de l'attention, la concentration et la mémoire de fixation ; évitement des contacts sociaux et difficultés relationnelles ; fatigue liée aux troubles du sommeil ; ralentissement psychomoteur, diminution de l'élan vital, diminution des capacités à initier une activité spontanément ; baisse de l'estime de soi.

c. Depuis la perte de son emploi, l'assuré subvient à ses besoins grâce aux prestations de l'Hospice général. En date du 3 juin 2024, il s'est inscrit auprès de l'office régional de placement (ci-après : ORP) pour un emploi à 100%.

d. Par avis médical du 18 juin 2024, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a rendu un premier avis médical. Se fondant sur le rapport des médecins traitants du 21 février 2024, le SMR a constaté que l'assuré présentait des acouphènes depuis 2017, se trouvait sans activité professionnelle depuis 2018 et était suivi sur le plan psychiatrique depuis 2022, avec notamment un traitement en phytothérapie. Le diagnostic de trouble anxiodépressif mixte était, actuellement, non incapacitant et le SMR proposait une expertise psychiatrique, précédée d'un examen ORL.

e. Par rapport médical du 24 juin 2024, la docteure E_____, spécialiste ORL, a confirmé la présence d'un acouphène invalidant d'origine neurosensorielle avec une petite composante somato-sensorielle d'une intensité de 8/10 et présent 24h/24, la médecin constatait une forte composante émotionnelle et proposait un

suivi psychiatrique ; elle indiquait qu'il n'y avait pas eu de suivi de la part du patient après la consultation et que son potentiel de réadaptation était inconnu.

f. Par avis médical du 11 juillet 2024, le SMR a résumé le rapport médical de la Dre E_____ et a renouvelé sa proposition d'expertise bi-disciplinaire en psychiatrie et en ORL de manière à établir de manière claire et circonstanciée les atteintes à la santé, l'impact sur la capacité de travail, ainsi que la capacité de travail résiduelle.

g. Les experts F_____, spécialiste ORL, et G_____, spécialiste en psychiatrie, mandatés par l'OAI ont rendu leur rapport bi-disciplinaire en date du 14 juillet 2025. A l'issue de l'évaluation consensuelle, les experts ont confirmé la présence d'acouphènes bilatéraux prédominants à gauche, intenses et continus qui étaient apparus spontanément entre 2016 et 2017 et qui entraînaient des troubles de concentration et d'attention ainsi que des troubles du sommeil. À l'examen psychiatrique, il était constaté une humeur triste, une baisse de l'élan vital, un léger ralentissement psychomoteur, une fatigue et une fatigabilité ainsi que des troubles de la concentration. Les médecins considéraient que les acouphènes avaient surtout des répercussions psychiatriques et entraînaient un isolement social progressif et la mise en place d'un mode de vie restreint, avec une anticipation des actions qui pouvaient engendrer une aggravation des acouphènes. L'assuré présentait un épisode dépressif d'intensité moyenne, avec syndrome somatique et un trouble anxieux phobique, sans précision. Sur le plan de la cohérence, il n'y avait pas d'exagération de la symptomatologie, mais il n'existait pas d'uniformité entre les plaintes et les difficultés rencontrées dans tous les domaines de la vie car la personne était capable de faire la plupart des tâches de façon autonome et pouvait maintenir des conversations, même si elle évitait des endroits bruyants. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient : un épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique (F 32.11) ; un trouble anxieux phobique sans précision (F 40.9) ; des troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation abusive (F 12.1) et des acouphènes subjectifs bilatéraux (H 93.1). Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient d'éviter le bruit et de travailler dans un environnement calme, les aspects phobiques étant dépendant de cet aspect, dès lors que l'expertisé anticipait négativement les situations pouvant déclencher chez lui des acouphènes. Sur le plan ORL, les limitations fonctionnelles étaient semblables, soit : imposer un travail calme, relativement sédentaire et éviter les environnements de travail bruyants. Selon les experts, il n'existait pas de trouble de la personnalité si ce n'est une personnalité marquée par une rigidité de fonctionnement et par un caractère très indépendant ce qui pouvait engendrer des conflits. De façon consensuelle, la capacité de travail dans l'activité habituelle était considérée comme nulle depuis mars 2022 et la capacité dans une activité adaptée était considérée à 70%, depuis mars 2022, par baisse de rendement de 30%. Le traitement proposé devait avant tout être psychiatrique, à savoir une

psychothérapie cognitivo-comportementale ainsi qu'un traitement antidépresseur ; le champ d'amélioration était considéré comme moyen, mais la capacité de travail pouvait être amenée à 100% d'ici six mois.

h. Le SMR a rendu un rapport daté du 11 août 2025 dans lequel il a résumé les appréciations des experts et a considéré, en conclusion, que l'atteinte principale était un épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique et que l'incapacité de travail durable était intervenue dès mars 2022, avec une capacité de travail dans l'activité habituelle nulle et une capacité de travail dans une activité adaptée de 70% dès mars 2022. Les limitations fonctionnelles étaient celles qui avaient été développées par les experts dans le rapport bi-disciplinaire.

B. a. Par projet de décision du 16 octobre 2025, l'OAI a communiqué à l'assuré son intention de refuser une rente invalidité ainsi que des mesures professionnelles en considérant que la capacité de gain, à l'issue du délai d'attente, à savoir mars 2023, était de 70%. Après comparaison des revenus, on avait retenu un revenu sans invalidité de CHF 78'804.-, un revenu avec invalidité de CHF 49'647.- et une perte de revenu de CHF 29'157.- équivalente à un degré d'invalidité de 37% qui n'ouvrait pas le droit à des prestations d'invalidité.

b. L'assuré a contesté le projet de décision par courriel du 26 octobre 2025 et a demandé la transmission de son dossier. Ses médecins traitants ont rendu un rapport médical psychiatrique d'évaluation complémentaire du 14 novembre 2025 qui confirmait le diagnostic de l'expert psychiatrique désigné par l'OAI. Néanmoins, les médecins estimaient que la description d'une activité adaptée, qui était faite à l'issue de l'analyse des limitations fonctionnelles, n'existait pas dans le marché du travail libre, mais seulement dans des structures de réinsertion protégées telles que PRO insertion qui était réservé aux personnes reconnues invalides. Selon eux, toute activité, même réduite, dans un cadre conventionnel entraînerait un épuisement et une aggravation des symptômes et des difficultés d'insertion sociale. La capacité de travail résiduelle réelle dans le marché ouvert devait être considérée comme nulle. Par courrier du 19 novembre 2025, l'assuré a développé les raisons pour lesquelles il contestait les résultats de l'expertise, évoquant des inexactitudes et incohérences dans le rapport et une évaluation économique du revenu non conforme à sa situation réelle. Il a joint à son courrier le certificat de salaire de l'année 2017 concernant son activité auprès de AGICOA à 70%, faisant état d'un salaire annuel brut de CHF 68'150.-.

c. Par avis médical du 2 décembre 2025, le SMR s'est prononcé sur le rapport médical du 14 novembre 2025 des médecins traitants. Il a considéré que ledit rapport ne portait pas d'éléments nouveaux ou en faveur d'une aggravation et que l'évaluation de l'employabilité n'était pas du ressort de l'expert, ni de celle du SMR ; les éléments médicaux amenés dans le cadre de l'audition ne modifiaient pas les conclusions précédentes qui restaient valables.

d. Par décision du 3 décembre 2025, l'OAI a confirmé le refus de rente invalidité et de mesures professionnelles, pour les motifs exposés dans le projet.

C. a. Par acte daté du 9 janvier 2025, déposé au greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 9 janvier 2025, et a conclu à son annulation ainsi que la reconnaissance d'un degré d'invalidité d'au moins 70% avec octroi d'une rente entière et versement des arriérés correspondants avec les intérêts moratoires. Il a répété, en substance, les arguments déjà développés dans sa contestation du projet de décision, reprochant notamment qu'aucun poste concret correspondant à ses limitations fonctionnelles n'avait été identifié et qu'aucune enquête économique n'avait été diligentée pour démontrer l'existence d'un tel emploi. Par ailleurs, il était reproché à l'OAI d'avoir calculé les revenus en se fondant sur les tableaux de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2022 alors même que son salaire était très supérieur puisqu'il s'élevait à CHF 66'950 à un taux de 70%. Extrapolé à un taux d'activité de 100%, le revenu sans invalidité s'élevait donc à CHF 95'643.-, ce qui, une fois la comparaison des revenus effectuée, aboutissait à un taux d'invalidité de 48%.

b. Par réponse du 29 janvier 2026, l'OAI a considéré que l'appréciation des experts ne prêtait pas le flanc à la critique et qu'il fallait donc retenir une capacité de travail résiduelle de 70% depuis mars 2022, dans une activité adaptée. S'agissant du salaire, dès lors que l'assuré avait été absent du marché du travail depuis plusieurs années, il se justifiait de se fonder sur les tableaux ESS et non pas sur le dernier salaire perçu par le recourant en 2017.

c. Invité à répliquer, le recourant a demandé un délai supplémentaire dès lors qu'il était en train de changer d'avocat.

d. Par réplique de son nouveau conseil, datée du 24 avril 2026, le recourant a confirmé ses conclusions, sous suite de frais et dépens et a reproché à l'OAI de n'avoir pas pris en compte un rapport médical datant du 2 septembre 2021, rédigé par la docteure H_____, spécialiste ORL. Le médecin évoquait la possibilité qu'il existât une lésion de très petite taille ou intra labyrinthique tout en suggérant la possibilité d'une psychothérapie comportementale pour aider le recourant à prendre le dessus sur ses acouphènes et les atténuer. Par ailleurs, le recourant a insisté sur la prise en compte du dernier salaire qu'il avait obtenu, considérant que les années écoulées ne permettaient pas de se distancer de son salaire réel.

e. Par duplique du 11 mai 2026, l'intimé a persisté dans ses conclusions considérant que contrairement à ce qu'indiquait le recourant, les experts avaient bien tenu compte et investigué l'impact des acouphènes sur son fonctionnement, tout en estimant que les autolimitations ne correspondaient pas aux aptitudes observées durant l'entretien, sans comportement démonstratif de la part de l'assuré. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'OAI a considéré que les revenus qui avaient été retenus étaient bien supérieurs aux revenus effectivement

réalisés et que les développements théoriques sur l'augmentation de ceux-ci ne trouvaient pas de fondement dans la situation concrète.

f. Par observations complémentaires du 28 mai 2026, le recourant a critiqué les appréciations de l'OAI, considérant notamment que les médecins traitants avaient pu observer son comportement sur une période beaucoup plus longue que les experts et a estimé que ces derniers avaient sous-estimé les conséquences de l'hyperacousie. S'agissant du revenu d'invalidité, le recourant a persisté dans ses conclusions.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

h. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 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), 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.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le pourcentage de sa capacité de travail et la détermination du revenu sans invalidité.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la

référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, le dépôt de la demande de prestations invalidité et la décision sont toutes deux postérieures au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.2 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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).

3.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption

notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 28b LAI – entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 – la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante : tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente - la plus basse - de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47,5% (al. 4).

3.4 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 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Cette

procédure d'administration des preuves est notamment applicable à la fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

I. Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2). Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

II. Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Il est notamment relevé que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

4.

4.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une

étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

4.2 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

4.3 Selon la jurisprudence, un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

4.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

4.5 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

5. 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

6.

6.1 En l'espèce, dans un premier grief, le recourant conteste l'appréciation médicale des experts, plus particulièrement l'estimation de sa capacité de travail résiduelle.

L'intimé de son côté considère que l'expertise bi-disciplinaire présente une pleine valeur probante et que ses conclusions doivent être suivies.

6.2 S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise, on doit relever qu'il répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. L'expertise pluridisciplinaire a été conduite par des médecins spécialisés dans chaque domaine concerné, en vue d'établir une synthèse des différentes pathologies de l'expertisé, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné le recourant préalablement à l'établissement de leur rapport d'expertise, et ils ont consigné les

renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé leurs propres constatations. Ils ont en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu aux questions posées. Leurs conclusions sont claires et motivées.

Le recourant critique le fait que les experts n'ont pas pris en compte certains documents médicaux dont notamment le rapport médical du 2 septembre 2021 de l'ORL H_____. On relèvera que le document en question apparaît pour la première fois dans le cadre du recours et qu'il n'a jamais été auparavant communiqué à l'intimé ce qui explique les raisons pour lesquelles les experts ne l'ont pas pris en compte alors même que le document en question était en possession du recourant depuis 2021 et qu'il ne l'a transmis qu'en tout dernier ressort, au stade de la réplique.

S'agissant du certificat du 18 février 2026 du docteur I_____, spécialiste en médecine interne générale, ce dernier atteste suivre le patient depuis le mois de novembre 2016 alors même qu'il n'a jamais été mentionné auparavant par le recourant et qu'il n'apparaît pas dans sa demande de prestations invalidité, ni dans les échanges avec l'OAI qui ont succédé.

Compte tenu de la rétention par le recourant desdits documents et informations, jusqu'au stade de la réplique, le fait que ces documents n'aient pas été pris en compte par les experts n'est pas étonnant et ne peut leur être reproché. Il appartenait au recourant, dès le début de la procédure, d'informer exhaustivement l'intimé sur les noms des médecins consultés et de communiquer spontanément l'ensemble des rapports médicaux le concernant, ce qu'il n'a visiblement pas fait.

6.3 Ce nonobstant, le rapport médical de la Dre H_____ ne fait pas apparaître d'éléments qui auraient été ignorés par les experts. Le recourant relève que la médecin indiquait déjà en 2021 que l'on pouvait se poser la question d'une psychothérapie comportementale, ce qui est également préconisé par les experts. Pour le reste, si l'on se réfère à ce que déclare la médecin dans son rapport du 2 septembre 2021, le recourant se plaindrait depuis six ans déjà d'acouphènes, qui seraient apparus lorsqu'il faisait de la musique, ce qui signifierait que les acouphènes ont commencé en 2015 et qu'en dépit de ces derniers, le recourant a pu travailler jusqu'au début de l'année 2018. On relèvera encore que, dans son rapport, la médecin déclare avoir trouvé que le recourant « gérait passablement bien la situation, arrivant à prendre du recul par rapport à des acouphènes », ce à quoi le recourant aurait répondu qu'il pouvait y arriver parce qu'il ne travaillait pas et qu'il était très inquiet par l'évolution que pourraient prendre ses acouphènes « s'il devait recommencer à travailler ».

Cette observation rejoint les conclusions des experts telles qu'elles ressortent du rapport d'expertise, soit une certaine anticipation anxieuse ; ainsi dans le cadre de l'anamnèse psychiatrique, le recourant déclare qu'il a mis des mousses d'isolation acoustique dans tout son appartement, comme dans les studios d'enregistrement, car « il anticipe les situations qui pourraient déclencher, chez lui, des acouphènes

plus intenses car, par la suite, il pourrait avoir des difficultés à pouvoir dormir et ainsi, avoir des acouphènes encore plus important le lendemain. Il s'agit donc d'un effet boule de neige » (p. 7, ch. 3.1). Dans le consilium (p. 4) les experts notent que le recourant refuse les traitements en raison d'une « appréhension à prendre des traitements qui pourraient aggraver selon lui ses acouphènes » (ch. 4.2), que l'expertisé a perdu confiance en lui et il « évite de déclencher des situations qui pourraient engendrer une aggravation des acouphènes » (ch. 4.4), ce qui conduit les experts à considérer que « l'incapacité de travail est essentiellement d'ordre psychiatrique. Les limitations fonctionnelles ORL et psychiatriques sont très proches et ce sont bien les répercussions psychiatriques des acouphènes qui ont un impact sur la capacité de travail » (p. 5, ch. 4.5).

Décrivant sa dernière activité professionnelle, le recourant explique qu'avec les acouphènes, il a commencé à avoir des conflits avec son responsable, car il demandait des aménagements de sa place de travail ; selon lui, sa supérieure hiérarchique aurait changé d'attitude avant de le licencier fin 2017 ou début 2018 avec « des conflits de plus en plus fréquents » et un recourant qui ne dormait quasiment plus pendant la nuit (p. 8). Interrogé sur son avenir professionnel, le recourant se dit très limité par les acouphènes considérant que « chaque jour est un nouveau jour, je ne sais pas comment cela va se passer. C'est une forme de paralysie du cerveau (...) c'est comme si tout était bloqué, tout se bloque en fait » (p. 8). En ce qui concerne son traitement, il voit le psychologue C_____ « de façon variable » et le Dr B_____ « tous les trois mois », ajoutant qu'il a vu un autre psychiatre, au moment du licenciement. À cet égard, le recourant relève dans sa réplique sous ch. 21 que les experts proposent une psychothérapie cognito-comportementale, à quoi le recourant répond qu'il en suit déjà une depuis 2022 sans succès ; néanmoins, on peut s'interroger sur l'efficacité de cette dernière dès lors que le recourant reconnaît lui-même voir le psychologue (et non pas le psychiatre) de « façon variable » et le Dr B_____, « tous les trois mois » uniquement. Au vu de la prépondérance donnée au travail du psychologue et à la fréquence peu rapprochée des entretiens avec le psychiatre, la question de la valeur de la thérapie qu'il a déjà suivie peut se poser.

En ce qui concerne l'attestation du docteur I_____, ce dernier atteste qu'il avait noté, en novembre 2016, une plainte d'acouphène gauche de plus en plus invalidante, et mentionne un bilan ORL effectué en 2021, sans que l'on ne comprenne quelles conclusions le recourant souhaite en tirer.

6.4 S'agissant des appréciations du psychologue et du psychiatre, telles qu'elles ressortent du rapport du 14 novembre 2025, il est mentionné que l'analyse repose sur l'expertise psychiatrique effectuée par l'expert G_____. Les médecins traitants confirment retenir les mêmes diagnostics que l'expert. Ils s'en prennent surtout à la capacité de travail de 70% retenue par les experts dans une activité adaptée, considérant que cette dernière est théorique et n'est pas applicable dans le marché du travail conventionnel, déclarant de manière quelque peu péremptoire

que des postes dans lesquels existe un environnement calme, sans open space et sans bruit ni interactions multiples n'existent pas dans le marché du travail libre mais seulement dans des structures de réinsertion protégée. Pour cette raison, ils considèrent que toute activité, même réduite, dans un cadre conventionnel entraîne épuisement, aggravation des symptômes et désinsertion sociale. Ils s'appuient sur le fait que le recourant avait réduit son taux d'activité de 100% à 70% au moment de l'apparition des troubles et que, malgré cette adaptation, il n'a pas pu maintenir son emploi, raison pour laquelle ils maintiennent une capacité de travail résiduel réel dans le marché ouvert de 0%.

Les appréciations du psychiatre traitant et du psychologue se fondent essentiellement sur l'inexistence selon eux d'un poste de travail adapté aux limitations fonctionnelles du recourant. Ils ne relèvent pas de contradictions dans le rapport d'expertise, ni ne font mention d'éléments médicaux qui auraient été ignorés par les experts.

6.5 Il résulte des éléments examinés *supra* que les seules critiques des médecins traitants à l'égard de l'expertise concernent l'existence d'un poste de travail adapté aux limitations fonctionnelles du recourant. Or, cette appréciation non médicale sort du cadre de la spécialité des médecins ; étant rappelé que 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).

La chambre de céans constate donc que le rapport d'expertise bi-disciplinaire confié à deux médecins indépendants, qui sont des spécialistes reconnus, contient des observations approfondies et des investigations complètes. Les experts ont abouti à des résultats convaincants, que le juge ne saurait écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En l'absence de contradictions et de tels indices, la chambre de céans fait siennes les conclusions des experts à savoir que le recourant dispose d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ceci dès le mois de mars 2022.

La chambre de céans n'entrera pas en matière sur les contestations de l'avocat du recourant concernant les appréciations médicales des experts dans la mesure où ce dernier n'est pas médecin et n'est donc pas habilité à substituer sa propre appréciation à celle des experts.

6.6 Dans un second grief, le recourant reproche à l'intimé le revenu sans invalidité qui a été retenu, faisant notamment valoir qu'il a été capable d'effectuer une mission temporaire du 22 juillet 2019 au 22 janvier 2020 à la satisfaction de son employeur. Le certificat de travail élogieux du 31 janvier 2020 communiqué par le recourant confirme en effet que le travail de ce dernier a été apprécié par le centre d'ergothérapie OQuotidien, mais ne précise pas le taux d'occupation. Dans sa note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'intimé

considère que l'absence d'activité professionnelle avant l'atteinte à la santé ne correspond pas à la volonté hypothétique du recourant et que le statut de ce dernier est un statut de personne active à 100%.

L'extrait de son compte individuel AVS énumère les salaires annuels que le recourant a perçus dans les années précédant l'apparition de ses troubles de la santé. Il a ainsi perçu, en 2010, un salaire de CHF 66'368.-, en 2011 un salaire de CHF 66'100.-, en 2012 un salaire de CHF 66'900.-, en 2013 un salaire de CHF 67'030.-, en 2014 un salaire de CHF 68'050.-, en 2015 un salaire de CHF 68'865, en 2016 un salaire de CHF 71'175.-, en 2017 un salaire de CHF 68'150.-, en 2018 un salaire de CHF 39'786.- (17'746.- + 22'040.-), en 2019 un salaire de CHF 47'541.-.

La moyenne des salaires perçus de 2010 à 2017 s'élève à CHF 67'830.-. L'intimé a retenu un revenu sans invalidité de CHF 78'804.- pour une occupation à 100%, en se fondant sur le tableau ESS 2022, TA1, pour un homme, dans le domaine « activités spécialisées, scientifiques, techniques » avec un niveau de compétence 2 et actualisé à 2025. On constate ainsi que la méthode de calcul fondée sur le tableau ESS et appliquée par l'intimé donne un résultat plus généreux que celui qui consisterait à se fonder sur les derniers revenus de l'assuré, étant précisé que ce dernier ne prétend pas que les salaires annuels perçus pendant les années précédant l'apparition de ses troubles de la santé se limitaient à 70% et que ce n'est qu'en 2017, selon ses propres dires, qu'il aurait réduit son temps de travail à 70% en raison de ses troubles de la santé.

Cette allégation est surprenante dans la mesure où l'on constate que le salaire annuel du recourant a été pratiquement similaire, de 2010 à 2017, et qu'on ne constate pas une subite baisse de salaire de 30% entre 2016 (CHF 71'175.-) et 2017 (CHF 68'150.-) qui pourrait se justifier par la diminution de 30% du taux d'occupation. D'autre part, le relevé AVS ne mentionne pas le taux de travail, ce qui ne permet pas de contrôler ce dernier. Enfin, le recourant n'a pas transmis de contrat de travail concernant son activité auprès d'AGICOA, ce qui aurait permis de vérifier à quel taux il était employé, de 2010 à 2017.

Le seul document faisant état d'un taux de travail est le certificat de salaire pour l'année 2017 qui mentionne un taux d'occupation de 70%.

En l'état, la chambre de céans constate que cette question n'a pas été plus amplement examinée par l'intimé alors même qu'il est nécessaire d'établir avec certitude quel était le taux d'occupation du recourant pendant les années précédant l'apparition de ses troubles de la santé.

Dès lors, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur le taux d'invalidité, faute d'éléments permettant de déterminer le taux d'occupation du recourant. Cas échéant, s'il devait s'avérer que le taux d'occupation dans l'activité professionnelle est inférieur à 100%, il y aurait lieu de se prononcer également sur

la capacité de travail dans les travaux ménagers, étant rappelé que selon ses déclarations le recourant vit seul.

7.

7.1 La cause sera donc renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

7.2 Le recourant, assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA - RS E 5 10.03).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Confirme que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 70%, depuis mars 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

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