

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2571/2013

ATAS/171/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 11 février 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à JUSSY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître VOUILLOZ Daniel

Recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, Service juridique, sis rue des Gares 12, GENEVE

Intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur B _____, né en 1961, au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce, travaille en qualité d'agent administratif chez X _____ depuis 1986 à plein temps. Il est en incapacité de travail à 80% depuis le 12 mars 2012.
2. Il a déposé le 30 mars 2012 auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) une demande visant à l'octroi de prestations AI, alléguant souffrir d'un syndrome d'apnées du sommeil traité par CPAP, d'un syndrome coronarien et infarctus avec mise de plusieurs stents, hypercholestérolémie, hypertension, bronchopneumopathie chronique obstructive, troubles modérés de certaines fonctions exécutives, trouble dépressif majeur, et arthrose cervicale.
3. La Doctoresse L _____, psychiatre, a confirmé que son patient souffrait de F 43.22 (trouble de l'adaptation : anxiété et réaction dépressive) depuis novembre 2011, et de F 40.1 (phobie sociale) depuis son enfance. Elle estime à 20% la capacité de travail. Elle indique qu'il présente des apnées du sommeil depuis 2007-2008, traitées avec CPAP depuis juin 2008, qu'il est porteur de stents depuis juillet 2008, qu'il est fatigué le matin, qu'il a des difficultés au travail, qu'il est atteint de troubles de la concentration, de l'appétit, qu'il est déprimé, angoissé, qu'il est en retrait social et a des difficultés à faire face.
4. L'employeur, X _____, a expliqué le 8 mai 2012 que « l'incapacité de travail a commencé le 12 mars 2012, l'assuré travaillait jusqu'alors à 100%. Une baisse du taux d'activité a été demandée par le service santé de X _____ en raison d'une situation difficile (manque de rendement, besoin d'un important encadrement pour réaliser ses tâches). (...) L'assuré s'est vu adapter les tâches qu'il effectue. Il réalise de la mise sous pli. Il travaille deux heures par jour depuis le 12 mars 2012. (...) Une baisse de rendement est observée depuis plusieurs années. L'employeur aurait consenti à un effort depuis plusieurs années pour conserver l'activité de l'assuré. (...)

L'employeur a par ailleurs communiqué le rapport d'enquête établi le 5 février 1986 lors de l'engagement de l'assuré. Il en résulte que

« les renseignements obtenus auprès de la Caisse de l'Etat sur ce candidat sont bons. Bien que très limité dans ses compétences, l'assuré a donné satisfaction dans son travail. Le contact avec les clients doit être évité. La Compagnie de gérance immobilière a fait tout son possible afin d'intégrer l'assuré dans son personnel, mais en raison des problèmes dont souffre cette personne, il n'a pas été possible de poursuivre l'expérience au-delà de la période d'essai. Qualifié de très gentil garçon, l'assuré est déclaré totalement inefficace ».

5. Dans un rapport du 15 mai 2012, le Dr M_____, cardiologue, a posé les diagnostics suivants : infarctus antérieur, le 24 janvier 2008 (pose de deux stents DES sur IVA), maladies coronariennes des deux vaisseaux NSTEMI le 28 juin 2010, syndrome d'apnées du sommeil appareillé BPCO modéré à sévère, obésité morbide, hypertension artérielle essentielle, tabagisme actif. L'incapacité de travail est de 50% depuis le 1^{er} octobre 2011.
6. Un contrôle d'utilisation du CPAP par l'assuré a été effectué le 14 octobre 2011 par le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie, l'assuré étant de plus en plus somnolant sur son lieu de travail. Il en résulte que « le journal de compliance de l'appareil permet de confirmer qu'il porte régulièrement le CPAP, mais son utilisation est de courte durée durant la nuit, environ trois heures par nuit. Quand il le porte, l'index d'apnées / hypopnées est tout à fait satisfaisant à 7.5 par heure. L'assuré se couchant entre 24h00 et 2h00 du matin, je l'ai vivement incité à se coucher plus tôt avec son CPAP, afin d'augmenter la durée de son utilisation. J'espère que ceci permettra de diminuer son hypersomnolence, notamment sur son lieu de travail. »
7. Le 4 juin 2012, l'employeur a informé l'OAI que l'assuré ne donnait pas satisfaction depuis plusieurs années, les évaluations annuelles seraient mauvaises depuis plus de dix ans. Il s'était vu proposer des objectifs adaptés dès son entrée dans l'entreprise, mais n'avait jamais pu réaliser toutes les tâches du cahier des charges d'agent administratif 1. L'augmentation des difficultés constatées aurait deux causes, d'une part, l'environnement de travail qui a changé ces dix dernières années avec la dématérialisation des documents, impliquant une évolution de l'archivage papier vers l'informatique, et, d'autre part, l'apparition de nouvelles problématiques de santé. L'assuré ne se serait jamais adapté aux nouvelles technologies. Il ne parvient pas à téléphoner. Il peine à s'exprimer. Des problèmes d'hygiène sont mentionnés. Le maintien en poste de l'assuré est considéré comme un acte social de l'employeur. A ce jour, son rendement est considéré comme nul, il se rend deux heures par jour au travail du lundi au jeudi. En réalité, il ne parvient pas à tenir cet horaire et vient régulièrement en retard. Une fois sur place, il serait très lent, réaliserait des commandes très simples à l'interne (trombones, etc.). Toutes les adaptations de poste possibles auraient été tentées. Il serait apprécié de ses collègues qui effectueraient une partie de son travail à sa place pour le soutenir.
8. Dans un rapport du 8 juin 2012, le Dr O_____, médecin praticien, a retenu les diagnostics de syndrome d'apnée du sommeil sévère, de dysfonctionnement frontal modéré et d'obésité morbide depuis 2008. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail depuis environ dix ans, il a relevé un tabagisme, un BPCO avec bronchite asthmatique, un HTA, des maladies coronariennes avec ancien infarctus et la pose de stents en janvier 2008. Il précise que l'assuré présente de très

grandes difficultés de concentration, - qui se manifestent par de nombreux oublis et d'erreurs pour réaliser les consignes reçues - en raison d'un état de somnolence quasi permanent, particulièrement sur son lieu de travail. Il s'agit d'un patient « ralenti (agnosie concernant les difficultés liées à son état). Le pronostic est réservé, en ce sens qu'il n'y a pas eu d'amélioration ces dernières années, en dépit notamment du port d'un CPAP la nuit. Pour ce CPAP, l'efficacité est limitée et la compliance réduite. L'activité exercée est encore exigible à 30%. »

9. Le Dr P _____, neurologue, a examiné l'assuré le 9 janvier 2012. Il décrit l'assuré comme suit :

« Comportement: Patient collaborant, souriant, ralenti, mais non fatigable, il établit un contact timide, il regarde peu l'interlocutrice, parle d'une voix faible, regarde souvent ailleurs quand l'examinatrice lui parle. Il e arrive très essoufflé à la consultation. Il est très encombré (nez et bronches) touse, expectore de manière inefficace. Il a mis une demi-heure à reprendre son souffle pendant l'anamnèse. Pendant les tests le moindre mouvement augmente sa dyspnée de manière impressionnante, mais patient ne semble pas percevoir cet essoufflement très impressionnant ; il semble s'y être habitué. Il ne sait pas exactement les médicaments qu'il prend et leur rôle. Il a réalisé les lâches avec lenteur, qu'il ne perçoit pas. Il a baillé à plusieurs reprises pendant l'examen réalisé le matin On observe des répétitions de réponses.

Il ne présente aucune plainte sur le plan cognitif, et ne comprend pas bien comment il est arrivé à faire un examen de mémoire. Il se souvient que l'infirmière d'entreprise a pris contact avec son médecin traitant. Il est vague concernant ses difficultés au travail.

Plaintes spontanées : « coups de pompe » en fin de journée. Des « attaques de paupières » dès 14 heures, en général il va faire un tour pour lutter contre la somnolence ».

Le Dr P _____ relève, s'agissant des apnées du sommeil que l'assuré « met un CPAP depuis environ 4 ans, en moyenne 4 - 4h 1/2 par nuit (se couche vers 1 h - 1 h 30 et se réveille à 6h 30). Il l'enlève parfois pendant son sommeil, inconsciemment. Il a également un spray à mettre le soir mais parfois oublie. »

10. Le 18 juin 2012, le Dr N _____ a indiqué que la situation, s'agissant du syndrome d'apnées du sommeil sévère, était contrôlée par l'utilisation régulière du CPAP. Le pronostic est défavorable si le patient continue à fumer.
11. Dans un avis du 10 août 2012, le Dr Q _____ du service médical régional AI (SMR) a proposé de soumettre l'assuré à une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et neuropsychologie) qui serait confiée à un centre de type COMAI via la plateforme MED@P.

12. Un rapport d'expertise a ainsi été réalisé par le centre d'expertise médical (CEMED) le 7 février 2013. Les experts ont retenu que

« les séquelles des infarctus myocardiques ne sont pas invalidantes, puisque la fraction d'éjection ventriculaire gauche est satisfaisante, et qu'on ne relève pas d'angors persistants et incontrôlables. Les problèmes qui pourraient retentir sur le fonctionnement de l'assuré sont secondaires à l'obésité morbide et au tabagisme : c'est un syndrome d'apnées du sommeil et un trouble ventilatoire mixte broncho-obstructif et restrictif. Cependant, sous CPAP, le syndrome d'apnées du sommeil est corrigé, puisque l'index apnée / hypopnée se normalise. D'après le pneumologue traitant, le CPAP est apparemment porté régulièrement, mais sur une durée insuffisante (trois heures par nuit) chez un patient qui se couche tard, entre 24h00 et 2h00 du matin. Il convient de relever que l'assuré est toujours en possession de son permis de conduire et qu'il s'est rendu à Nyon avec sa voiture. Quant à la perturbation mixte de la fonction pulmonaire, la valeur du VEMS qui en résulte, proche de 50% de la valeur prédite, est compatible avec le travail sédentaire qu'effectue l'assuré. Les tests neuropsychologiques constituent certainement la meilleure façon d'apprécier globalement les conséquences des pathologies générant une fatigue dans un emploi sédentaire de type administratif, tel que l'exerce l'assuré. Un tel bilan est long et exigeant ; il a en l'occurrence duré près de trois heures, sans que l'expert ne constate de variation de la vigilance. Les troubles qui ont été constatés lors de cette expertise sont pour la plupart à la limite inférieure de la norme ne justifiant qu'une baisse de rendement de l'ordre de 30% dès le début 2012. L'état de santé de l'assuré serait grandement amélioré par une meilleure hygiène de vie, à savoir un arrêt du tabagisme, un amaigrissement et un coucher moins tardif, et aussi par le port du CPAP sur une plus longue durée. Nous n'avons pas constaté de pathologie psychique ou psychiatrique susceptible d'expliquer pourquoi il ne pourrait pas faire un effort dans ce sens. »

13. Dans une note du 15 avril 2013, le Dr Q_____, après avoir pris connaissance de l'expertise du CEMED qu'il a jugée convaincante, prenant en compte les plaintes de l'assuré et s'appuyant sur un examen clinique approfondi complété par des examens para-cliniques adéquats et une étude approfondie de tous les éléments du dossier, a considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des experts, selon lesquelles pour l'ancienne activité d'agent administratif, la capacité de travail est complète avec une baisse de rendement de 30% (à cause des déficiences cognitives de l'assuré), et pour une activité adaptée (plus simple au niveau attentionnel), complète sans baisse de rendement. Il relève que selon les experts, l'assuré doit avoir une meilleure hygiène de vie et une meilleure compliance au traitement du syndrome des apnées du sommeil, ce qui est exigible de lui.

14. L'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 26 avril 2013, aux termes duquel sa demande de prestations AI est rejetée.
15. Par décision du 13 juin 2013, l'OAI a confirmé ce refus.
16. L'assuré, représenté par Me Daniel VOUILLOZ, a interjeté recours le 16 août 2013 contre ladite décision. Il conteste les conclusions de l'expertise du CEMED, lesquelles sont en totale contradiction avec sa situation et notamment avec les constatations de limitations fonctionnelles relevées par son employeur depuis de nombreuses années. S'agissant de sa compliance au traitement CPAP, il rappelle les observations du Dr N_____, selon lesquelles il porte régulièrement le CPAP. Il conclut dès lors, préalablement, à ce qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit ordonnée, et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement, à la prise en charge de mesures d'orientation ou de réadaptation professionnelle.
17. Dans sa réponse du 11 septembre 2013, l'OAI rappelle que le rapport d'expertise du 7 février 2013 établi par le CEMED a pleine valeur probante, et constate que l'assuré ne fait valoir aucun élément susceptible de le remettre en cause. Il précise à cet égard que le simple fait que les conclusions des experts soient en contradiction avec les constatations du service des ressources humaines de l'employeur ne saurait être relevant. Il relève enfin que les suggestions thérapeutiques préconisées par les experts rejoignent celles formulées par les propres médecins traitants de l'assuré. Il conclut dès lors au rejet du recours.
18. La Chambre des assurances sociales a informé les parties par courrier du 10 décembre 2013, de son intention d'ordonner une expertise neuropsychologique, laquelle serait confiée à la Doctoresse R_____, et leur a imparti un délai au 8 janvier 2014 pour se déterminer sur le choix de l'expert et pour lui communiquer, le cas échéant, les questions supplémentaires qu'elles souhaiteraient lui voir posées.
19. Le 8 janvier 2014, l'OAI a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à invoquer, et a ajouté une question à la mission d'expertise.
20. Le recourant, quant à lui, ne s'est pas manifesté dans le délai à elle imparti.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1^{er} janvier 2003, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.
4. 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 l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut pratiquement plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

6. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. 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).
10. 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 (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un récent 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'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 9C_243/2010 du 28 juin 2011, 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 instruit de tout un point médical (consid. 4.4.1.4 *in fine* de l'arrêt précité du 28 juin 2011).

11. En l'espèce, l'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et neuropsychologie) au CEMED par le biais de la plateforme SuisseMED@P.

Dans leur rapport du 7 février 2012, les médecins ont considéré que les séquelles des infarctus myocardiques n'étaient pas invalidantes et que seul le syndrome d'apnées du sommeil et le trouble ventilatoire mixte broncho-obstructif et restrictif pourraient influencer la capacité de travail de l'assuré. Toutefois, le syndrome d'apnées du sommeil peut être corrigé sous CPAP, et la valeur du VEMS, s'agissant de la perturbation mixte de la fonction pulmonaire, est compatible avec un travail sédentaire. Constatant que l'assuré avait été capable de subir des tests neuropsychologiques durant près de trois heures, sans variation dans la vigilance, d'une part, et notant que les troubles cognitifs étaient pour la plupart à la limite inférieure de la norme, d'autre part, les experts ont retenu une baisse de rendement de l'ordre de 30% dès le début 2012 dans l'ancienne activité d'agent administratif, et une capacité de travail complète sans baisse de rendement dans une activité adaptée, soit une activité plus simple au niveau attentionnel. Ils ont relevé que l'assuré devait avoir une meilleure hygiène de vie, et une meilleure compliance au traitement du syndrome des apnées du sommeil, ce qui était exigible de lui.

12. La Chambre de céans constate toutefois que c'est grâce à la bienveillance de son employeur que l'assuré a pu garder son travail depuis 1986, malgré d'évidentes limitations. Il avait du reste été constaté, lors de son engagement, qu'il était totalement inefficace. L'employeur a rapporté que les évaluations annuelles étaient mauvaises depuis plus de dix ans, et que l'assuré ne s'était jamais adapté aux nouvelles technologies, au point que le maintien en poste de l'assuré est considéré comme un acte social.

Le salaire réalisé par l'assuré durant de nombreuses années, et vraisemblablement avant même les atteintes à la santé survenues en 2008, apparaît dès lors à l'évidence comme étant un salaire dit social.

On ne saurait, partant, se fonder sur le fait qu'il ait effectivement travaillé à plein temps depuis 1986 pour en déduire que sa capacité de travail était alors entière.

Selon les directives concernant l'invalidité et l'impotence, n° 1011, toute diminution des facultés intellectuelles (oligophrénie, imbécillité, idiotie, démence) doit être

quantifiée au moyen de séries de tests adéquats. Un quotient intellectuel inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite. Il est toutefois nécessaire de procéder dans chaque cas particulier à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social.

Or, les médecins du CEMED se sont bornés à indiquer que « nous n'avons pas constaté de pathologie psychique ou psychiatrique susceptible d'expliquer pourquoi il ne pourrait pas faire un effort dans ce sens » sans autre commentaire, étant précisé au demeurant que cette observation est en réalité uniquement liée à la question de savoir s'il était exigible de l'assuré qu'il améliore son hygiène de vie.

A cet égard, la Chambre de céans relève notamment que l'assuré enlève parfois le CPAP pendant son sommeil, inconsciemment. Il paraît difficile dans ces conditions de lui reprocher de ne pas utiliser le CPAP de manière optimum.

Force dès lors est de constater que la cause n'est pas en état d'être jugée, en ce sens qu'il n'est pas possible d'établir un diagnostic précis et par voie de conséquence d'en connaître les répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Il convient dès lors d'ordonner une expertise neuropsychologique, laquelle est confiée à la Doctoresse R_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise neuropsychologique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur B_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
2. Commet à ces fins la Doctoresse R_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP.
3. Charge l'expert de déterminer les éléments suivants et de répondre aux questions ci-après:
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Données subjectives du recourant.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s) :
 - a) Quel(s) diagnostic(s) reprenez-vous? Depuis quelle date?
 - b) Souffre-t-il de troubles cognitifs ?
 - c) Présente-t-il des troubles des facultés intellectuelles ?
 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles le cas échéant ?
 6. Quelles sont les limitations dues à chaque diagnostic ? Quelles en sont les causes ?
 7. Comment expliquez-vous le cas échéant qu'il ait pu subir des tests durant trois heures sans variation dans la diligence ?
 8. Capacité de travail et diminution de rendement :
 - a) Quelles sont pour chaque diagnostic posé les conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, dans son activité habituelle, en pour-cent.
 - b) Y avait-il déjà diminution de rendement dans cette activité, avant ses problèmes de santé survenus depuis une dizaine d'années (syndrome d'apnées du sommeil et perturbation mixte de la fonction pulmonaire) ?

- c) Peut-on considérer que s'il a gardé son emploi depuis 1986, c'est uniquement en raison de la bienveillance de son employeur ?
 - 9. Activité adaptée :
 - a) Quelle pourrait être une activité adaptée à ses limitations ?
 - b) Quelles sont pour chaque diagnostic posé les conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, dans une activité adaptée, en pour-cent.
 - 10. Est-il exigible de lui qu'il puisse adopter une meilleure hygiène de vie (avoir une meilleure compliance au traitement du syndrome des apnées du sommeil notamment) ?
 - 11. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Quelles sont leurs chances de succès?
 - 12. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales? Dans l'affirmative, lesquelles ?
 - 13. Formuler un pronostic global.
- 4. Toutes remarques utiles et propositions de l'expert.
 - 5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.
 - 6. Réserve le fond.

La greffière

Nathalie LOCHER

La Présidente

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le