

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2571/2013

ATAS/245/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 2 avril 2015**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à JUSSY, comparant avec éléction de Recourant  
domicile en l'étude de Maître VOUILLOZ Daniel

contre

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

---

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1961, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce, travaille à plein temps en qualité d'agent administratif aux B\_\_\_\_\_ de Genève (B\_\_\_\_\_) depuis 1986. 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, d'hypercholestérolémie, d'hypertension, de bronchopneumopathie chronique obstructive, d'arthrose cervicale, de troubles modérés de certaines fonctions exécutives et d'un trouble dépressif majeur.
3. La Doctoresse C\_\_\_\_\_, psychiatre, a confirmé le 13 avril 2012 que son patient souffrait de trouble de l'adaptation : anxiété et réaction dépressive depuis novembre 2011, et de phobie sociale depuis son enfance. Elle estime à 20% la capacité de travail. Elle ajoute qu'il présente des apnées du sommeil depuis 2007-2008, traitées par 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 a expliqué à l'OAI 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 des B\_\_\_\_\_ 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. Les B\_\_\_\_\_ ont 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 D\_\_\_\_\_, cardiologue, a posé les diagnostics suivants : infarctus antérieur, le 24 janvier 2008 (pose de deux stents DES sur IVA), maladie coronarienne 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<sup>er</sup> octobre 2011.
6. Un contrôle d'utilisation du CPAP par l'assuré a été effectué le 14 octobre 2011 par le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie, l'assuré étant de plus en plus somnolent 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 étaient 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 avait 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 s'était 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 est très lent, réalise des commandes très simples à l'interne (trombones, etc.). Toutes les adaptations de poste possibles ont été tentées. Il est apprécié de ses collègues qui effectuent une partie de son travail à sa place pour le soutenir.
8. Dans un rapport du 8 juin 2012, le Dr F\_\_\_\_\_, 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 G\_\_\_\_\_, 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 arrive très essoufflé à la consultation. Il est très encombré (nez et bronches), tousse, 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 le 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 tâches avec lenteur, qu'il ne perçoit pas. Il a bâillé 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 G\_\_\_\_\_ 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 6h30). 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 E\_\_\_\_\_ a indiqué que le syndrome d'apnées du sommeil sévère était contrôlé 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 H\_\_\_\_\_ 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 H\_\_\_\_\_, 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 E\_\_\_\_\_, 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 considère 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. Le 11 février 2014, la chambre de céans a ordonné une expertise neuropsychologique qu'elle a confiée à Mme I\_\_\_\_\_. Celle-ci a établi un rapport le 2 juin 2014. L'expert a relevé des troubles modérés à sévères au niveau attentionnel (attention sélective, divisée et soutenue, vitesse de traitement, niveau d'alerte) associés à des troubles exécutifs (auto-activation, flexibilité mentale) et à des difficultés en double-tâche. Des difficultés dans les aptitudes visuo-constructives, dans le calcul écrit et des lacunes dans la restitution d'un texte lu complètent ce tableau. Enfin, la compréhension des consignes est limitée et l'expression orale est bafouillée. Le reste du tableau se situe dans les normes compte tenu de son âge, sexe et nombre d'années d'études. Elle se demande ainsi si l'assuré ne souffre pas d'un retard développemental (retard mental léger ? retard psycho-affectif ? immaturité affective ?) et d'une démence lobaire fronto-temporale, compte tenu de l'aggravation de certaines performances et du type de troubles relevés lors des trois bilans effectués en 2012, en 2013 et à présent.

S'agissant de la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, l'experte indique que :

« La courbe d'apprentissage est bonne, les capacités de planification et d'inhibition également, ainsi il est surprenant que M. A\_\_\_\_\_ n'ait jamais pu se mettre aux nouvelles technologies (comme cela est mentionné dans les rapports). Malgré cela, selon les dires de M. A\_\_\_\_\_, même à titre privé l'emploi des moyens technologiques est très basique (par exemple il n'a pas de téléphone portable), témoignant probablement d'une difficulté à gérer ces nouvelles technologies (en lien avec un retard de développement ?). Il présente également de la difficulté à comprendre les consignes longues et complexes.

En outre, les troubles alimentaires et le manque d'autoactivation (aucune prise d'initiative) provoquent clairement des limitations et donc une diminution de rendement. Cette diminution de rendement est difficile à évaluer car elle doit probablement fluctuer chaque jour et peut-être même en fonction de la tâche à effectuer. A cela s'ajoute également la fatigue qui fait baisser le niveau de vigilance et la capacité à garder son attention sur une tâche à faire.

Ainsi, à nouveau, il est impossible de dissocier les conséquences de chaque diagnostic, tout étant lié. De plus certains problèmes ne sont pas de mon ressort (notamment la fatigue ou les troubles physiques). Au vu de ce qui a été décrit, d'un point de vue cognitif, actuellement, la capacité de travail est réduite d'environ 30 à 50%. Mais cette capacité dépend du type de tâche et du moment dans la journée et le pourcentage peut ainsi varier (en positif ou en négatif) ».

Mme I\_\_\_\_\_ considère que les capacités cognitives de l'assuré ont toujours été réduites, sans pouvoir dire si les limitations sont en lien avec des aspects cognitifs (retard développemental ?) ou émotionnels/psychopathologiques (phobie sociale depuis l'enfance ? immaturité affective ?). Elle précise à cet égard que le fait qu'il ait réussi son apprentissage n'est pas un critère déterminant, dans la mesure où il est possible qu'on l'ait fortement aidé et soutenu à cette époque.

Il est évident pour elle que s'il a gardé son emploi depuis 1986 auprès des B\_\_\_\_\_, c'est uniquement en raison de la bienveillance de ceux-ci.

Elle décrit l'activité adaptée aux limitations, d'un point de vue cognitif, comme étant toute activité routinière, sans prise d'initiatives, sans prise de décisions, sans responsabilités et sans rendement. Il est important également que l'assuré ne fasse qu'une tâche à la fois et que les consignes explicatives fournies soient simples. En plus, compte tenu du manque de motivation et de la baisse de vigilance, une supervision régulière serait nécessaire, avec contrôle des tâches et objectifs quotidiens. Il semble également que les performances soient meilleures le matin que l'après-midi (chronopsychologie) et ainsi il serait peut-être judicieux de le faire travailler le matin.

Aussi conclut-elle à ce que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée est de 50%.

Selon elle, il est tout à fait exigible et souhaitable que l'assuré modifie son hygiène de vie, étant toutefois précisé que les chances qu'il le fasse sont très faibles. De même, les tentatives de mesures de réadaptation professionnelle ont peu de chances d'aboutir non plus.

19. Invité à se déterminer, l'OAI considère le 2 juillet 2014 que l'expertise de Mme I\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. Il souligne à cet égard que les conclusions de ce médecin ne consistent en réalité qu'en la formulation d'hypothèses et que seule la prise en compte de facteurs psychosociaux (absence de motivation au cours des activités, satisfaction du statut d'invalidé, âge, mauvaise hygiène de vie, mauvaise compliance aux traitements) expliquent que ses évaluations soient différentes de celles qu'avaient faites les médecins du CEMED en février 2013.
20. L'assuré ne s'est quant à lui pas manifesté.
21. La chambre de céans a ordonné l'audition de Mme I\_\_\_\_\_, de la Dresse C\_\_\_\_\_ et la comparution personnelle des parties le 14 octobre 2014.

Mme I\_\_\_\_\_ a à cette occasion déclaré que

« Je n'ai effectivement pas pu poser de diagnostic très précis, dans la mesure où le retard développemental est précisément lié au développement, de sorte qu'il doit être posé dans l'enfance. Il est difficile rétroactivement d'être plus précis que je ne l'ai été. Je ne peux dans ces conditions que formuler des hypothèses. C'est également la raison pour laquelle je n'ai pas examiné le QI. Cet examen ne m'aurait pas été plus utile. Même si l'examen avait pu me permettre de conclure à un score correspondant à un retard mental léger, je n'aurais pu alors poser assurément le diagnostic de retard mental léger, dans la mesure où d'autres facteurs interviendraient. Le score peut être négatif sans toutefois qu'on ait affaire à un retard mental.

La démence lobaire fronto-temporale est une maladie qui touche les personnes en principe de l'âge entre 50 et 60 ans dans leur comportement (désinhibition, mémoire, capacité attentionnelle).

Si j'ai formulé cette hypothèse de retard mental léger, c'est parce que je considère qu'elle est probante.

Je ne suis en principe pas habilitée à évaluer la capacité de travail, n'étant pas médecin. J'ai néanmoins fixé à 50% sa capacité en fonction d'une moyenne compte tenu de la fatigue. Je précise qu'il est difficile d'évaluer l'impact de celle-ci.

L'alcool réduit indéniablement les fonctions cognitives. J'en ai tenu compte lorsque j'ai indiqué un 50% de capacité de travail.

Je pense qu'il serait exigible de M. A\_\_\_\_\_ qu'il améliore son hygiène de vie. Je pense toutefois qu'il ne pourrait pas le faire seul, en raison de son manque d'initiative et de son manque de motivation, lesquels sont dus à différents facteurs, dont un facteur émotionnel.

Les hypothèses que j'ai formulées sont des probabilités possibles, qui représenteraient un 30 à 40%, étant précisé toutefois que je ne suis pas très à l'aise avec ces chiffres. Il me manque des informations pour donner un pourcentage plus élevé.

Je préfère vous donner cet exemple : celui de la maladie d'Alzheimer. Cette maladie ne peut être diagnostiquée comme certaine que post mortem. Elle est diagnostiquée comme probable, soit quasiment sûre, lorsqu'on sait qu'elle est là, mais il manque la vérification post mortem. Elle est diagnostiquée comme possible lorsqu'elle est vraisemblable, mais il nous manque des éléments pour dire qu'elle est probable, plus particulièrement l'évolution.

Dans le cas de M. A\_\_\_\_\_, s'agissant des diagnostics que j'ai envisagés, je suis dans la catégorie du possible.

J'ai procédé à deux questionnaires pour déterminer si M. A\_\_\_\_\_ souffrait de dépression et/ou d'anxiété. Les résultats ne sont pas significatifs, dans la mesure où ils étaient trop bas (soit il minimisait ses soucis, soit il ne comprenait pas les questions, soit il faisait preuve de ce qu'on appelle la désirabilité sociale).

Je n'ai pas parlé de facteurs psycho-sociaux, l'expertise de 2013 ne les évoquant pas.

Je ne sais pas pour quelle raison le psychiatre n'a fait état d'aucun retard mental, il évoque une phobie sociale. Je n'ai pas constaté véritablement de phobie sociale, sinon qu'il adopte un comportement plutôt infantin, ne me regardant pas dans les yeux ».

La Dresse C\_\_\_\_\_ a précisé que

« Je suis le médecin traitant psychiatre de M. A\_\_\_\_\_ depuis le 14 novembre 2011. C'est son médecin traitant, le Dr F\_\_\_\_\_, qui me l'a adressé. M. A\_\_\_\_\_ présentait des problèmes de sommeil, il « piquait du nez durant son travail ». J'ai constaté qu'il souffrait d'apnée du sommeil, ce qui expliquait qu'il « pique du nez durant la journée ». Il était déjà appareillé d'un CPAP. Je sais qu'il le porte la nuit, mais il lui arrive de l'enlever sans faire exprès. Son état à cet égard ne s'est pas beaucoup amélioré. Il souffre d'obésité, ce qui cause un excès d'oxygène. De plus, il fume. Il est difficile de l'aider, dans la mesure où l'obésité est ancienne. Il ne parle que très peu lors de nos entretiens en raison de sa phobie sociale.

Sa phobie sociale date de l'enfance. Il n'a ni ami ni famille, vit seul. Le regard des autres l'angoisse. Une personne atteinte de phobie sociale comme lui peut

parfaitement travailler, s'il n'est pas en contact avec les autres, s'il est uniquement préoccupé par son travail.

Je ne suis pas d'accord avec le diagnostic envisagé par la neuropsychologue. S'il était atteint d'un retard mental léger, il n'aurait pu suivre l'école, ni faire un apprentissage, même aidé. En revanche, un retard psychoaffectif et une immaturité affective sont tout à fait possibles et sont liés à la phobie sociale. La phobie sociale n'empêcherait pas à elle seule M. A\_\_\_\_\_ de travailler pour autant que l'activité soit compatible avec cette maladie. Il faut toutefois ajouter les apnées du sommeil qui ont des conséquences sur sa concentration, de sorte que sa capacité de travail ne dépasse pas 50%, et je dirais que depuis 2 ou 3 mois, 40%.

Je ne suis pas non plus d'accord avec le diagnostic de démence fronto-temporale. Ce sont les apnées du sommeil qui sont responsables du manque d'oxygène qui entraîne un manque de concentration et les troubles de mémoire.

Un régime alimentaire ne suffirait pas dans le cas de M. A\_\_\_\_\_ à lui faire perdre du poids. Seule une opération du bypass le pourrait. Je ne sais toutefois pas si une telle intervention est possible dans son cas ».

L'assuré a ajouté que

« Je me couche dorénavant plus tôt, soit entre 23h00 et 01h00 du matin. Avant c'était entre 02h00 ou 03h00 du matin. C'est difficile pour moi de me coucher plus tôt à cause des habitudes. Je suis plutôt moins fatigué le soir.

J'ai augmenté mon temps de travail depuis mai 2014. Je travaille à mi-temps de 08h00 à midi. Il y a des jours où ça va, d'autres moins bien. Il me semblait que ça allait mieux, raison pour laquelle j'ai repris à mi-temps. Je n'envisage pas d'augmenter davantage mon temps de travail, en tout cas pas actuellement. Assumer le mi-temps est déjà difficile pour moi.

J'ai suivi l'école à Genève normalement et ai fait mon apprentissage. Je ne me souviens pas avoir rencontré de difficultés en particulier.

Je m'occupe actuellement de travaux d'archivage et de modifications sur écran. Avant, je m'occupais des horaires du personnel. Ils ont confié cette tâche à quelqu'un d'autre. Je travaille dans un bureau avec une dizaine de personnes. J'arrive à mon travail, m'assied à ma place et m'occupe de personne. J'étais en arrêt maladie à 100% depuis mi-juin 2013 jusqu'à ma reprise à mi-temps en mai 2014 ».

Dans le délai imparti par la chambre de céans à l'issue de l'audience, soit le 11 novembre 2014, l'assuré s'est déterminé. Il reproche au médecin du SMR d'avoir, dans son avis du 17 juin 2014, repris pour l'essentiel son argumentation antérieure, ce malgré les constatations faites par la chambre de céans dans son ordonnance d'expertise du 11 février 2014. Celui-ci persiste notamment à soutenir que la

décision est fondée sur une expertise médicale probante, alors que la chambre de céans a d'ores et déjà jugé que tel n'était pas le cas.

Il rappelle que Mme I\_\_\_\_\_, entendue par la chambre de céans le 14 octobre 2014, a confirmé les termes de son expertise, et relève que selon la Dresse C\_\_\_\_\_ également, sa capacité de travail ne dépasse pas 50%, voire 40% depuis quelques mois.

Il conclut à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente d'invalidité à 50%.

22. Le même jour, l'OAI a au contraire considéré que le témoignage de Mme I\_\_\_\_\_ n'était pas de nature à écarter les critiques et doutes légitimement mis en avant à l'égard de son rapport d'expertise, puisqu'elle a confirmé ne pouvoir émettre que des hypothèses et que ces hypothèses ont précisément été remises en question par le psychiatre traitant. Aussi le rapport de Mme I\_\_\_\_\_ n'a-t-il aucune valeur probante.

Il relève que la Dresse C\_\_\_\_\_, certes, retient une phobie sociale, mais que celle-ci remonte à l'enfance déjà, et qu'elle n'avait pas empêché le patient de travailler. Ce sont les apnées du sommeil qui entravent sa capacité de travail. Or, appert du dossier et plus particulièrement du courrier du Dr E\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2011, que s'il porte son appareil CPAP, l'index d'apnées est tout à fait satisfaisant. Il persiste dès lors dans ses conclusions.

23. La chambre de céans a informé les parties par courrier du 5 mars 2015, de son intention d'ordonner une nouvelle expertise et leur a communiqué le nom de l'expert, soit le Dr K\_\_\_\_\_, neurologue, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser. Elle a par ailleurs précisé que si l'expert l'estimait nécessaire, il pourrait solliciter une consultation psychiatrique auprès du Professeur J\_\_\_\_\_. Elle a imparti aux parties un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
24. Par courrier du 24 mars 2015, l'OAI a indiqué ne pas avoir de motif de récusation, d'une part, et a posé une question supplémentaire, d'autre part.
25. L'assuré, quant à lui, ne s'est pas manifesté.

### **EN DROIT**

1. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.
2. La chambre de céans a déjà exposé les dispositions légales et la jurisprudence applicables dans son ordonnance du 11 février 2014, de sorte que l'on peut y renvoyer. Il suffit de rappeler qu'on parle d'atteinte à la santé mentale ou psychique quand, en raison d'une infirmité congénitale, d'un accident ou d'une maladie, il existe un trouble des fonctions mentales, intellectuelles, cognitives ou

émotionnelles, permanent ou de longue durée, qui persiste malgré les mesures thérapeutiques et entraîne une incapacité de travail durable, partielle ou totale. Il incombe dans chaque cas au médecin de juger, en se basant sur le dossier ou sur les résultats de ses propres examens, si l'assuré présente une atteinte à la santé mentale ou psychique. La présence d'une atteinte à la santé mentale ou psychique doit être prouvée par des constatations objectives, fiables et attestée par un dossier. Pour l'appréciation d'un rapport médical ou d'une expertise médicale, il convient de tenir particulièrement compte du fait que les plaintes alléguées par l'assuré ne peuvent pas être considérées comme des constatations objectives. En cas de doute, il est nécessaire de compléter le rapport ou l'expertise en demandant des renseignements supplémentaires ou en renvoyant le document concerné. Les services médicaux régionaux peuvent aussi, dans de tels cas, confirmer la fiabilité des constatations par un examen de l'assuré. Toute atteinte à la santé mentale ou psychique doit faire l'objet d'un diagnostic selon le CIM-10. Pour l'évaluation du rapport médical ou de l'expertise médicale, il convient de rechercher tout particulièrement des contradictions entre les critères diagnostiques cités dans le CIM-10 et les indications figurant dans le rapport. Toute diminution des facultés intellectuelles (oligophrénie, imbecillité, 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 à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social. L'indication de l'étiologie est indispensable pour les troubles psychiques d'origine organique. L'atteinte, notamment celle des aptitudes cognitives, doit être quantifiée (expertise neuropsychiatrique ou neuropsychologique). Une évaluation pronostique est également nécessaire. (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI n<sup>os</sup> 1007 ss).

Il y a également lieu de relever que le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments

pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

Il sied enfin de préciser que par «salaire social», on entend des prestations versées par l'employeur à l'assuré alors qu'en raison d'une capacité de travail réduite, celui-ci ne peut manifestement fournir la contrepartie correspondante du point de vue quantitatif ou qualitatif (art. 25, al. 1, let. b, RAI). Si, par exemple, une personne handicapée qui ne peut plus fournir que la moitié de sa prestation au cours d'un horaire normal ou qui ne peut travailler qu'à la demi-journée à une cadence normale, reçoit son salaire habituel correspondant à une journée de travail complète, la moitié de ce salaire sera considérée comme un salaire social (CIIAI no 3058).

3. La chambre de céans rappelle par ailleurs que le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).
4. 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.

Se fondant sur cette expertise, l'OAI a, par la décision litigieuse, rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré.

5. Dans son ordonnance du 11 février 2014, la chambre de céans a toutefois constaté que c'était grâce à la bienveillance de son employeur que l'assuré avait pu garder son travail depuis 1986, malgré d'évidentes limitations. L'employeur a du reste clairement déclaré que le maintien en poste de l'assuré était de sa part un acte social. La chambre de céans a reproché aux experts du CEMED de s'être contenté de dire qu'ils n'avaient pas constaté de pathologie psychique ou psychiatrique susceptible d'expliquer pourquoi l'assuré ne pourrait pas faire un effort, sans motiver leur conclusion, et a au surplus relevé que cette déclaration était uniquement liée à la question de savoir s'il était exigible de l'assuré qu'il améliore son hygiène de vie.

Elle a ainsi considéré que l'expertise du CEMED ne lui permettait pas de déterminer les répercussions de l'état de santé de l'assuré sur sa capacité de travail. C'est la raison pour laquelle elle a confié à Mme I\_\_\_\_\_ la charge d'examiner celui-ci sur le plan neuropsychologique.

6. Mme I\_\_\_\_\_ a établi un rapport d'expertise le 2 juin 2014.
7. L'OAI considère que cette expertise n'a pas valeur probante.
8. Il est vrai que Mme I\_\_\_\_\_ s'interroge et formule des hypothèses. Elle se demande ainsi si l'assuré ne souffre pas d'un retard développemental (retard mental léger ? retard psycho-affectif ? immaturité affective ?) et/ou d'une démence lobaire fronto-temporale, et ne retient finalement aucun diagnostic précis en particulier.

De plus, la Dresse C\_\_\_\_\_ ne partage pas l'avis de Mme I\_\_\_\_\_ quant aux diagnostics envisagés par celle-ci, de retard mental léger ou de démence fronto-temporale.

Selon la Dresse C\_\_\_\_\_, l'assuré souffre de phobie sociale depuis l'enfance. Le médecin parle également de « retrait social ». Elle considère toutefois, d'une part, qu'« une personne atteinte de phobie sociale comme lui peut parfaitement travailler,

s'il n'est pas en contact avec les autres, s'il est uniquement préoccupé par son travail », et d'autre part, que « la phobie sociale n'empêcherait pas à elle seule M. A\_\_\_\_\_ de travailler pour autant que l'activité soit compatible avec cette maladie ».

9. Force est ainsi de constater qu'aucune atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de gain n'est en l'espèce clairement diagnostiquée.

Toutefois, tant la Dresse C\_\_\_\_\_ que Mme I\_\_\_\_\_, estiment que la capacité de travail de l'assuré ne dépasse pas 50%, voire 40%.

Il apparaît au surplus que l'employeur a permis à l'assuré de continuer à travailler dans son entreprise, alors même qu'il était question de nombreux problèmes relatifs à l'inefficacité de celui-ci et que les évaluations annuelles qu'il a établies depuis dix ans étaient mauvaises.

On ignore par ailleurs le QI de l'assuré, Mme I\_\_\_\_\_ n'ayant pas retenu opportun d'effectuer une évaluation par le biais d'un QI complet, alors qu'il est 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.

10. Force dès lors est de constater que la cause n'est toujours pas en état d'être jugée. Il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas et d'ordonner une expertise neuropsychiatrique, laquelle est confiée au Dr K\_\_\_\_\_, lequel est habilité à solliciter, si nécessaire, une consultation psychiatrique auprès du Professeur J\_\_\_\_\_.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise neuropsychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, 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 le Dr K\_\_\_\_\_, neurologue.
3. Charge l'expert de déterminer les éléments suivants et de répondre aux questions ci-après, en sollicitant une consultation psychiatrique si nécessaire auprès du Professeur J\_\_\_\_\_ :
  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 ? Quelles en sont les causes, le cas échéant ?
    - c) Présente-t-il des troubles des facultés intellectuelles ? Quel est son QI ?
  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 pourcent.
    - 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. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
5. Toutes remarques utiles et propositions des experts.
6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.
7. Réserve le fond.

La greffière

Nathalie LOCHER

La Présidente

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le