

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2571/2013

ATAS/369/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mai 2017

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à JUSSY, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1961, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce, travaillait à plein temps en qualité d'agent administratif aux B_____ (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-invalidité du canton de Genève (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. Un rapport d'expertise a ainsi été réalisé par le centre d'expertise médical (CEMed) le 7 février 2013. Les experts ont notamment retenu que

« 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 ».
 4. Par décision du 13 juin 2013, la demande de prestations a été rejetée.
 5. 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 docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie, 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.
 6. Le 11 février 2014, la chambre de céans, considérant 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 et rappelant que selon l'employeur, le maintien en poste de l'assuré était de sa part un acte social, a ordonné une expertise neuropsychologique qu'elle a confiée à Madame E_____.
- Celle-ci a établi un rapport le 2 juin 2014, concluant à une capacité de travail dans une activité adaptée de 50%.

7. Invité à se déterminer, l'OAI a considéré le 2 juillet 2014 que l'expertise de Mme E_____ ne pouvait 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.

8. Le 14 octobre 2014, la chambre de céans a entendu, d'une part, l'experte et, d'autre part, la doctoresse F_____, médecin traitant psychiatre depuis novembre 2011. Mme E_____ a confirmé les termes de son expertise, et la Dresse F_____ la capacité de travail de son patient à 50% tout au plus, voire 40% depuis quelques mois. La Dresse F_____ a précisé que

« 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 *l'assuré* 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 *l'assuré* 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 ».

9. Par courrier du 11 novembre 2014, l'assuré a relevé que même si les appréciations de Mme E_____ et de la Dresse F_____ différaient quant à l'origine de ses difficultés, celles-ci étaient d'accord pour fixer sa capacité de travail à 50%, voire à 40%.

10. Le même jour, l'OAI a considéré que le témoignage de Mme E_____ 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 E_____ n'a-t-il aucune valeur probante.

L'OAI relève également que la Dresse F_____, 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, il appert du dossier et plus particulièrement du courrier du Dr D_____, 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.

11. Par ordonnance d'expertise du 2 avril 2015, la chambre de céans a constaté que :

Tant la Dresse F_____ que Mme E_____, estimaient que la capacité de travail de l'assuré ne dépassait pas 50%, voire 40%, mais qu'aucune atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de gain n'avait été clairement diagnostiquée, seules des hypothèses ayant été formulées.

Elle en a conclu que la cause n'était toujours pas en état d'être jugée, qu'il apparaissait nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas et d'ordonner une expertise neuropsychiatrique, qu'elle a confiée au docteur G_____, « lequel est habilité à solliciter, si nécessaire, une consultation psychiatrique auprès du Professeur H_____ ».

12. Le 10 mars 2016, le Dr G_____ a transmis à la chambre de céans un « résumé de polysomnographie – Laboratoire du sommeil ».

13. Invité à se déterminer, le médecin du service médical régional AI (SMR) a à cet égard relevé que

« Dans son rapport de polysomnographie du 10.03.2016, le Dr G_____ écrit en conclusion que l'assuré présente une somnolence diurne modérée (endormissement relativement lent). Mais il précise également qu'il présente une désorganisation importante du sommeil avec en particulier un sommeil paradoxal très diminué, signe d'un mauvais sommeil. Il confirme surtout l'insuffisance du traitement (pression insuffisante de l'air expulsé par la machine pour garder les voies respiratoires ouvertes et de nombreuses fuites au niveau du masque) ne permettant pas de faire une évaluation définitive de la capacité de travail.

Le Dr G_____, confirme, dans son compte rendu d'examen polysomnographique, la nécessité pour l'assuré d'avoir une meilleure hygiène de vie et un meilleur traitement de son syndrome d'apnée du sommeil. De même, il confirme le caractère modéré de la somnolence diurne, avec un test de maintien de l'éveil légèrement perturbé.

Lors de son évaluation, l'expert ne fait que confirmer les anciennes conclusions ».

14. Par courrier du 18 avril 2016, l'OAI a confirmé que le résumé de polysomnographie du Dr G_____ ne répondait manifestement pas aux questions figurant dans l'ordonnance d'expertise du 2 avril 2015.

15. L'assuré, dans ses conclusions du même jour, a sollicité de la chambre de céans qu'elle ordonne un complément d'expertise, afin que soient apportées des réponses conformes aux questions posées dans le dispositif de son ordonnance du 2 avril 2015.

16. Par courrier du 4 mai 2016, la chambre de céans a requis du Dr G_____ un complément d'expertise, et lui a en particulier demandé de procéder à une évaluation de la capacité de travail de l'assuré en l'état, d'une part, et de celle qu'il

présenterait s'il était correctement et suffisamment traité, d'autre part, et d'indiquer s'il était exigible de l'assuré qu'il suive son traitement.

Constatant par ailleurs qu'il n'avait pas jugé nécessaire de solliciter du Professeur H_____ une consultation psychiatrique, ni de soumettre l'assuré au questionnaire de Beck, elle a souhaité connaître les motifs pour lesquels il y avait renoncé, et le cas échéant, lui a demandé d'y remédier. Elle a également attiré son attention sur les questions n^{os} 4b et c, et 7 de son ordonnance du 2 avril 2015.

17. Le Dr G_____ a rendu le rapport demandé le 12 janvier 2017.

Il a intégré à son rapport celui du Prof. H_____, daté du 31 août 2016, et joint une évaluation neuropsychologique réalisée par Mesdames I_____ et J_____, respectivement psychologue spécialisée en psychothérapie FSP et neuropsychologue.

Il ressort de l'anamnèse, en substance, que

« Sur le plan professionnel, l'expertisé a été engagé aux SI à l'âge de 25 ans et il a occupé ce même poste pendant environ 30 ans. Son employeur l'a décrit comme ayant peu de capacités, gentil mais inefficace, ayant beaucoup de peine dans ses contacts avec les clients. (...) On ne note aucun antécédent psychiatrique dans sa famille. L'expertisé n'a jamais consulté un psychiatre jusqu'à la fin 2011. Toutefois, sa santé physique a montré des signes de péjoration inquiétants dès 2008, date du décès de sa mère. Il a perdu son père en 2011, restant de facto seul à partir de cette date. (...)

La situation professionnelle de l'expertisé semble s'être péjorée 4 ans en arrière dans le contexte d'un changement de responsabilité hiérarchique aux B_____ (...) D'une manière générale, il décrit que la protection et l'acceptation dont il jouissait précédemment avait disparu. C'est dans ce contexte (absence de soutien familial, difficultés croissantes au travail) qu'il développera des symptômes dépressifs et anxieux qui amèneront son médecin traitant, le Dr K_____, à l'adresser à la psychiatre Dr F_____ en novembre 2011. (...) La situation se péjorera au fil de 2012 avec des rapports des SI mettant en exergue une augmentation des difficultés dans la réalisation des tâches même élémentaires (pli), une impossibilité à téléphoner et à s'exprimer, des problèmes d'hygiène et un rendement nul. Il sera en incapacité de travail à 50% pour des raisons physiques dès le 1.10.2011 ».

Les experts ont posé les diagnostics somnologiques de syndrome d'apnées du sommeil de l'adulte sévère chez un patient avec obésité classe 3, et relevé que le patient était insuffisamment traité par CPAP avec somnolence résiduelle modérée depuis 2008. À titre de diagnostics psychiatriques, ils ont retenu ceux de trouble de la personnalité anxieuse-évitante qualifié de sévère et de phobie sociale qualifiée elle aussi de sévère, depuis la fin de l'adolescence. Ils ont constaté sur un plan neuropsychologique, l'absence de retard mental et de pathologie neurodégénérative. Les troubles cognitifs sont discrets et limités à l'incitation verbale et au

ralentissement psychomoteur léger. Son QI se situe dans la moyenne faible (QIT entre 82-91).

Mmes I_____ et J_____ ont conclu à des difficultés d'ordre exécutif, un léger ralentissement psychomoteur, un fonctionnement cognitif global, de bonnes compétences attentionnelles dans les tests psychométriques associées toutefois à de légères difficultés de concentration et à une mémoire de travail limite, et des compétences préservées dans les autres domaines évalués.

Le Dr G_____ a indiqué que le syndrome d'apnées du sommeil constituait un facteur de risque cardio-vasculaire, tout comme son obésité morbide, son hypertension artérielle, sa dyslipidémie et son tabagisme. Le patient est connu pour une cardiopathie ischémique avec une dermite de stase chronique des membres inférieurs, ulcérée. Son syndrome d'apnées du sommeil est insuffisamment traité et explique la présence d'une somnolence résiduelle modérée uniquement dans des conditions monotones. La combinaison des troubles de la personnalité anxieuse-évitante et d'une phobie sociale limite l'expertisé en induisant une lenteur de réalisation des tâches, un sentiment d'insécurité face au jugement d'autrui, une tendance à l'évitement des contacts, une intolérance aux changements et une grande sensibilité à la critique.

Le Dr G_____ a ajouté que les capacités attentionnelles de l'assuré étaient bien préservées et lorsqu'il était actif (conditions non-monotones), il était capable de lutter contre sa somnolence, ce qui expliquait qu'il ait pu subir des tests durant 3 heures sans variation de sa vigilance.

Les experts ont évalué l'incapacité de travail à 100% dans une activité usuelle (qui n'est pas celle des B_____) en raison de ses troubles (50% imputables au trouble de la personnalité et 50% à la phobie sociale). Ils précisent qu'il y avait déjà diminution de rendement dans l'activité avant ses problèmes de santé survenus depuis une dizaine d'années et que l'on peut considérer que s'il a gardé son emploi depuis 1986, c'est uniquement en raison de la bienveillance de son employeur.

L'activité adaptée à ses limitations serait une activité répétitive, mais non monotone, simple, peu exposée à des contacts sociaux, de préférence de type bureautique. Dans une telle activité adaptée, sa capacité de travail pourrait être de 50%. Elle pourrait être sur un plan strictement psychiatrique à 100%, les limitations fonctionnelles dans ce cas de figure seraient toutefois du registre somatique.

S'agissant d'adopter une meilleure hygiène de vie, il considère que l'expertisé le pourrait, mais que son isolement et sa dépendance affective sans figure protectrice rendent cette éventualité très peu probable. Un suivi régulier pneumologique, cardiologique et de médecine générale, pourrait améliorer sa capacité de travail. Un suivi psychiatrique/psychothérapeutique dans une consultation de secteur psychiatrique permettrait d'amender la symptomatologie anxieuse en lien avec les troubles précités et d'offrir un étayage relationnel non menaçant à l'expertisé.

Le pronostic global est très réservé.

18. Le 14 février 2017, l'assuré, représenté par Me Andrea VON FLÜE, Me VOUILLOZ ayant cessé d'occuper, a fait valoir que le Dr G_____ confirmait que sa capacité de travail était nulle.
19. L'OAI, se référant à l'avis du médecin du SMR, a considéré que l'expertise n'était pas cohérente, ne pouvait se voir reconnaître valeur probante et que « finalement les constatations des experts ont permis de confirmer l'absence de retard mental, de même que l'absence de troubles cognitifs importants, ainsi que la nécessité d'une meilleure hygiène de vie. En cela, elles viennent corroborer les précédentes conclusions posées ».

Dans son avis du 1^{er} février 2017 en effet, le médecin du SMR a relevé que

« Au niveau psychique, on ne dispose pas d'élément suffisant pour comprendre les atteintes et leurs sévérités (description clinique très limitée, absence d'anamnèse, pas de prise en compte des plaintes...) et au niveau neuropsychologique, les troubles cognitifs sont qualifiés de « discrets limités à l'incitation verbale et au ralentissement psychomoteur léger ». À l'évidence, cela ne peut justifier une évaluation aussi sévère sur la capacité de travail ».

20. Les courriers des parties leur ont été transmis et la cause gardée à juger.

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 ses ordonnances des 11 février 2014 et 2 avril 2015, 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 (CIAI n^{os} 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 enfin 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 rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré le 30 mars 2012, aux motifs que, selon le rapport d'expertise établi par le CEMed le 7 février 2013, seule une baisse de rendement de 30% était signalée et aucune pathologie psychique ou psychiatrique susceptible d'expliquer pourquoi il ne pouvait pas faire l'effort d'améliorer son hygiène de vie et de porter le CPAP sur une plus longue durée, n'avait pu être mise en évidence.
5. Considérant que l'expertise du CEMed n'était pas convaincante, la chambre de céans a mandaté Mme E_____ dans un premier temps, le Dr G_____ ensuite, pour procéder à une nouvelle expertise. Il s'agit à ce stade de déterminer si celle réalisée par le Dr G_____ le 10 mars 2016, et son complément du 12 janvier 2017, ont valeur probante.
6. S'il est vrai que le rapport du 10 mars 2016 ne respectait à l'évidence pas les réquisits jurisprudentiels applicables en tant qu'il était incomplet, il n'en est toutefois pas de même du complément du 12 janvier 2017. En effet, il sied de relever que le Dr G_____ a rendu à cette date un rapport dans lequel figure, contrairement à ce qu'indique le médecin du SMR, une anamnèse comportant les volets familial, personnel, professionnel, somnologique, neuropsychologique et psychiatrique. Ce document relate les données subjectives, intègre les observations et conclusions du Dr H_____ du 7 septembre 2016, ainsi qu'une évaluation neuropsychologique. L'expert pose des diagnostics précis, ses constatations paraissent claires et ses conclusions bien motivées. Son rapport complété du 12 janvier 2017 doit dès lors se voir reconnaître valeur probante. On rappellera du reste qu'en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné.

7. a. L'expert a retenu les diagnostics de syndrome d'apnées du sommeil de l'adulte sévère chez un patient avec obésité classe 3 depuis 2008, de trouble de la personnalité anxieuse-évitante sévère et de phobie sociale sévère, depuis la fin de l'adolescence. Il n'a constaté, sur le plan neuropsychologique, ni retard mental, ni pathologie neurodégénérative. Les troubles cognitifs sont discrets et limités à l'incitation verbale et au ralentissement psychomoteur léger. Le QI se situe dans la moyenne faible (QIT entre 82-91).

b. L'OAI critique le fait qu'on ne retrouve pas, selon lui, trace de prise de position claire de la part du Dr H_____ et de Mmes I_____ et J_____, sur les conséquences des atteintes psychiatriques et neuropsychologiques.

c. Or, le Dr G_____ rapporte très précisément les conclusions du Dr H_____ quant aux limitations dues à chaque diagnostic psychiatrique, ainsi que celles de Mmes I_____ et J_____, indiquant pour le premier, que

« La combinaison des troubles de la personnalité anxieuse-évitante et d'une phobie sociale limite l'expertisé en induisant une lenteur de réalisation des tâches, un sentiment d'insécurité face au jugement d'autrui, une tendance à l'évitement des contacts, une intolérance aux changements, et une grande sensibilité à la critique ».

et pour les secondes, que,

« le bilan neuropsychologique met en évidence :

- des difficultés d'ordre exécutif, caractérisée au premier plan par un trouble massif de l'incitation verbale, objectivable tant de manière clinique qu'à travers les tests psychométriques, ainsi que des signes d'impulsivité motrice,
- un léger ralentissement psychomoteur,
- un fonctionnement cognitif global situé dans la zone «moyen à moyen faible»,
- de bonnes compétences attentionnelles dans les tests psychométriques (attention sélective, attention soutenue, vigilance), associées toutefois à de légères difficultés de concentration relevées cliniquement et à une mémoire de travail verbale limite,
- des compétences préservées dans les autres domaines évalués (mémoire épisodique, langage écrit, calculs, gnosies, praxies gestuelles, aptitudes visuo-constructives) ».

Il est vrai que le Dr G_____ a procédé à l'intégration dans son rapport des textes du psychiatre, sans indiquer à chaque fois quel en était l'auteur. Il n'en reste pas moins qu'il a pris soin de distinguer pour chaque chapitre des sous-titres intitulés « somnologique » - dont on comprend qu'elle le concerne à proprement parler -, et « psychiatrique », - rapportant le texte rédigé par le Dr H_____ -.

8. a. Selon l'expert psychiatre, « dans une activité usuelle (qui n'est pas celle des SI), les troubles dont souffre l'assuré auraient comme conséquence une incapacité de travail totale (50% imputables au trouble de la personnalité et 50% à la phobie sociale) ». Le médecin a considéré que dans une activité adaptée, soit une activité

répétitive, mais non monotone, simple, peu exposée à des contacts sociaux, de préférence de type bureautique, la capacité de travail pourrait être de 50%. Il a précisé que dans une telle activité, l'assuré pourrait, sur un plan strictement psychiatrique, fonctionner à 100%, les limitations fonctionnelles dans ce cas de figure étant du registre somatique.

Selon le Dr G_____, la capacité de travail est nulle, s'agissant de l'aspect « somnologique ».

b. L'OAI reproche à l'expert psychiatre de considérer que la capacité de travail est nulle dans une activité « usuelle », par une sommation des incapacités de travail des différentes pathologies (50% pour le trouble de la personnalité et 50% pour la phobie sociale), et de fixer la capacité de travail à 50% seulement dans une activité adaptée, sans aucune justification.

Certes pourrait-on considérer que l'expert formule maladroitement ses conclusions. On comprend toutefois parfaitement que ce qu'il veut dire est que tant le trouble de la personnalité que la phobie sociale participent de l'incapacité de travail. En résumé, le Dr H_____ estime que la capacité de travail est nulle dans une activité « usuelle (qui n'est pas celle des SI) », soit une activité qui pourrait être assumée par une personne bénéficiant du même type de formation que l'assuré, mais qu'elle est de 100% sur un plan strictement psychiatrique dans une activité adaptée, dont il donne une description correspondant plus ou moins à celle que l'assuré a effectivement exercée aux SI. Il précise toutefois que cette capacité de travail entière devrait, dans une activité adaptée, être diminuée de moitié compte tenu des autres atteintes à la santé dont souffre l'assuré.

9. Le Dr G_____ fixe quant à lui la capacité de travail à 0% en raison des apnées du sommeil. L'OAI fait à cet égard valoir que l'expert lui-même admet qu'il serait exigible de l'assuré qu'il adopte une meilleure hygiène de vie, et lui reproche ainsi de justifier cette capacité de travail nulle, par les difficultés de l'assuré à assumer une meilleure hygiène de vie et un suivi médical régulier. Le Dr G_____ déclare en réalité que l'assuré pourrait adopter une meilleure hygiène de vie et qu'un suivi médical régulier pourrait améliorer son état de santé, mais que sa pathologie psychiatrique implique qu'il lui est difficile de s'y plier. Il explique ainsi que :

« Sa personnalité anxieuse-évitante et sa phobie sociale interfèrent avec l'organisation d'un suivi (suivi pneumologique insuffisant depuis 2008, pas de suivi cardiologique depuis 2010, pas de suivi diététique, pas de prise en charge de sa dermite de stase depuis 2015, soins impossibles à domicile). (...) »

Concernant son SAS, sa compliance avec sa CPAP n'est pas mauvaise (4h30/j) mais comme toute maladie chronique, elle nécessite un suivi médical régulier avec éducation thérapeutique, entretien motivationnel, réglage progressif et adapté du CPAP. Ceci s'applique également à son obésité morbide, à son tabagisme, à sa cardiopathie, sa sédentarité. Sa pathologie psychiatrique interfère avec cette prise en charge. (...)

Il est toutefois à noter que son isolement et sa dépendance affective sans figure protectrice rendent cette éventualité très peu probable ».

Il résulte clairement de ce qui précède qu'une meilleure hygiène de vie et un suivi médical régulier seraient certes vraisemblablement de nature à améliorer l'état de santé de l'assuré, mais que le trouble de la personnalité et la phobie sociale empêchent celui-ci d'être plus adéquat à cet égard. Le Dr G_____ n'affirme toutefois pas qu'un comportement adéquat à cet égard serait exigible. Il convient également de constater que le décès de ses parents, avec lesquels l'assuré vivait et qui le soutenaient, survenu en 2008 et 2011, est sans aucun doute à l'origine pour l'assuré d'une aggravation de ses troubles et de l'apparition de nouvelles atteintes. L'expert psychiatre a en effet relevé que

« Ces deuils ont marqué dans son esprit une rupture avec un monde de protection et d'acceptation. Depuis lors, des symptômes physiques parfois graves se sont manifestés diminuant ses capacités de travail ».

On ne saurait dès lors considérer dans ses conditions qu'il soit exigible de l'assuré qu'il observe un comportement différent.

10. L'OAI souligne que selon le Dr G_____, des mesures médicales permettraient d'améliorer la capacité de travail, et relève que celui-ci ne se prononce ni sur l'exigibilité de ces mesures, ni sur les raisons éventuelles d'une non-exigibilité.

Or, l'expert a clairement expliqué les raisons pour lesquelles il est difficile d'exiger de l'assuré, au vu de sa pathologie psychiatrique, qu'il adopte une meilleure hygiène de vie. Ce sont à l'évidence les mêmes raisons qui empêchent la mise en place de mesures médicales, dès lors qu'elles consistent précisément en des suivis réguliers de ses différentes pathologies.

11. Constatant que le Dr G_____ retient également une diminution de rendement avant l'apparition des problèmes de santé, l'OAI y voit l'importance de facteurs non-médicaux. Le médecin a en effet indiqué qu'il y avait déjà diminution de rendement dans son activité avant ses problèmes de santé survenus depuis une dizaine d'années, et l'employeur a observé une baisse de rendement depuis plusieurs années.

Il importe toutefois de rappeler que le trouble de la personnalité et la phobie sociale existent depuis la fin de l'adolescence déjà, et que, selon l'employeur, le maintien en poste de l'assuré était de sa part un acte social depuis le début. Le revenu de l'assuré constituait un salaire social ne correspondant pas à sa prestation de travail.

Force est de constater que l'assuré n'a pu garder son travail malgré ses limitations que grâce à la bienveillance de son employeur. Les tâches confiées à l'assuré ont été délibérément limitées selon ses possibilités, de sorte qu'on peut se demander si celles-ci restent compatibles avec une activité dans le circuit économique normal, et si une activité en milieu protégé ne donnerait pas plutôt à l'assuré les conditions nécessaires pour qu'il soit en mesure d'exploiter au mieux sa capacité résiduelle de

travail. L'employeur a à cet égard relevé, le 8 mai 2012, que l'assuré avait besoin d'un important encadrement pour réaliser ses tâches, précisant que celui-ci ne travaillait que deux heures par jour depuis mars 2012 et était occupé depuis à la mise sous pli. Les experts ont également insisté sur la nécessité pour l'assuré de disposer d'un encadrement tolérant et soutenant.

Il n'est pas possible de le déterminer en l'état du dossier. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI afin que soit mis en place un stage d'observation professionnelle et pour nouvelle décision.

12. Aussi le recours est-il admis et la cause renvoyée à l'OAI.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 13 juin 2013.
3. Renvoie la cause à l'OAI dans le sens des considérants.
4. Condamne l'OAI à verser à l'assuré une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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