

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2794/2010

ATAS/247/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

1^{ère} Chambre

Ordonnance d'expertise du 11 mars 2011

En la cause

Monsieur O_____, domicilié à Carouge, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur O_____ (ci-après : l'assuré), né en 1958, est arrivé à Genève en 1983. Depuis lors, il a exercé plusieurs activités lucratives, dont celle d'employé de cuisine.
2. Le 6 mai 2008, il a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant au versement d'une rente en raison d'un infarctus survenu en janvier 2007.

3. Dans un rapport du 28 mai 2008, le Dr A_____, médecin praticien FMH, a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : infarctus du myocarde antéro-septal massif (avec pose d'un stent intraventriculaire antérieur [IVA]), arrêt cardio-respiratoire sur infarctus antérieur le 12 janvier 2007 avec encéphalopathie post-anoxique (agitation, troubles de la mémoire et confusion) et fraction-éjection de 40% avec asthénie antéro-septo-apicale, dépression sévère sous traitement depuis janvier 2007. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un tabagisme 45 UPA, des douleurs thoraciques persistantes, des cervico-dorso-lombalgies chroniques (sous traitement médicale et injections régulières de cortisone), une talalgie gauche et des douleurs à la cheville gauche depuis une année.

Pour ce praticien, l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, le rendement étant réduit en raison des douleurs, de la dépression et de la fatigue, les restrictions précitées ne pouvant être diminuées par des mesures médicales.

4. Dans un rapport du 11 juillet 2008, la Dresse B_____, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) existant depuis janvier 2007. Le pronostic était lentement favorable.

Le 31 octobre 2008, la Dresse B_____ a informé l'OAI que l'état psychologique de l'assuré s'était amélioré et qu'il ne présentait plus de restrictions psychiques pour exercer son activité professionnelle.

5. A la demande de l'OAI, un test d'effort a été effectué le 19 janvier 2009 par le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et en cardiologie. Il a mis en évidence une bonne adaptation de la fréquence à l'effort, la présence d'une hypertension artérielle (HTA) au repos et durant l'effort ainsi qu'une capacité physique normale. Aucune arythmie n'a été constatée.
6. Par courrier du 17 mars 2009, le Dr D_____, médecin praticien FMH au sein du SMR, a posé plusieurs questions au Dr A_____. Considérant que six mois étaient suffisants pour se remettre d'un infarctus tel que celui dont a été victime

l'assuré, le médecin du SMR a souhaité avoir des précisions sur l'état de santé du patient. Il a notamment demandé au Dr A_____ de préciser la nature de l'atteinte justifiant la poursuite de l'arrêt de travail au-delà de la période précitée. En outre, il souhaitait connaître la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans son activité habituelle d'aide de cuisine et dans une activité adaptée, depuis quand et avec quelles restrictions.

7. Lors d'un entretien téléphonique du 6 avril 2009, le Dr D_____ A_____ a informé le Dr D_____ que l'assuré se présentait chaque semaine à son cabinet, avec des plaintes algiques différentes. Il a changé cinq fois de cardiologue et une fois de psychiatre, n'étant pas satisfait de la Dresse B_____. Pour le médecin traitant, son patient a développé un syndrome somatoforme douloureux, raison pour laquelle il souhaitait qu'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychologique soit réalisée.
8. Se fondant sur l'avis du SMR, qui a jugé opportun de réaliser une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique, l'OAI a mandaté la Clinique Corela, qui a confié les examens à Mme P_____, psychologue FSP et neuropsychologue ASNP ainsi qu'aux Dresses E_____, spécialiste en rhumatologie, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans le rapport d'expertise daté du 18 juin 2009, les praticiens précités ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : dorsalgies mécaniques fonctionnelles depuis 2005, cervicalgies mécaniques depuis 2007 et troubles cognitifs modérés depuis janvier 2007 suite à l'encéphalopathie post-anoxique. S'y ajoutent les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) depuis janvier 2007 et de majoration des plaintes physiques pour raisons psychologiques (F68.0), probablement depuis la fin du droit aux prestations de chômage.

Les atteintes ayant fait l'objet de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail ne justifiaient toutefois pas une incapacité de travail durable mais une diminution de rendement de 10 à 15% dans les emplois antérieurs. Aucune limitation liée à l'appareil locomoteur n'a été retenue. Sur le plan neuropsychologique, il n'existait aucune limitation dans une activité ne nécessitant pas de capacités mnésiques, attentionnelles et exécutives importantes.

Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables tant sur le plan de l'appareil locomoteur que sur les plans psychiatrique et neuropsychologique.

Le pronostic pour une reprise de travail restait très réservé en raison des composantes sociale (acculturation, absence de formation reconnue et dettes) et psychique (traits hypocondriaques en relation avec le problème cardiaque, démotivation et recherche de bénéfices secondaires).

9. L'expertise précitée a été transmise au SMR qui s'est prononcé le 28 juillet 2009 sous la plume du Dr D_____. Ce dernier a ajouté les limitations fonctionnelles suivantes à celles retenues par les experts : l'activité adaptée devait être une activité légère, évitant les efforts isométriques demandant beaucoup d'énergie et le port de charges moyennes à lourdes pour épargner le rachis et le cœur. Il a également ajouté que si le cahier des charges de l'activité habituelle ne répondait pas aux limitations fonctionnelles retenues, l'activité adaptée devait être retenue.
10. Le 8 janvier 2010, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision, rejetant la demande, le taux d'invalidité de 15% n'était suffisant ni pour ouvrir le droit à une rente ni le droit à des mesures de reclassement.
11. Par courrier du 29 janvier 2010, l'assuré, représenté par Me Manuel MOURO, s'est opposé au projet précité, contestant avoir retrouvé une capacité de travail complète.

Le 4 février 2010, il a transmis à l'OAI les documents suivantes :

- Dans un courrier du 1^{er} février 2010, le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic provisoire de trouble dépressif organique sévère (F06.32).
 - Selon un courrier du Dr A_____ du 2 février 2010, l'assuré présentait des risques cardio-vasculaires majeurs, des lombo-sciatalgies chroniques, des douleurs thoraciques d'origine indéterminée, des talagies, des douleurs à la marche des deux avant-pieds. Il avait également des difficultés à maintenir les positions assise et debout. Enfin, il souffrait d'une grande fragilité physique et psychologique.
12. Ces documents ont été remis au SMR qui a maintenu ses précédentes conclusions. Il a considéré que ni le Dr A_____ ni le Dr G_____ n'apportaient d'éléments nouveaux. Les risques cardiovasculaires majeurs mentionnés par le médecin praticien ne s'étaient plus manifestés depuis l'infarctus antéro-septal du mois de janvier 2007 et les investigations effectuées juste avant l'expertise révélaient une fonction cardiaque dans la norme.
 13. Par décision du 21 juin 2010, l'OAI a confirmé le projet du 8 janvier 2010.
 14. Le 20 août 2010, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée. Il a notamment conclu à l'audition des Drs G_____ et, leurs avis contredisant l'expertise réalisée à la demande de l'intimé. Il a également sollicité l'octroi d'un délai supplémentaire pour produire des avis médicaux récents et complémentaires permettant de cerner au plus près l'évolution de son état de santé. Enfin, il a requis l'application d'un abattement de 10 à 15% dans le calcul du taux d'invalidité.

15. Par courrier du 25 août 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision.
16. Le 23 novembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) alors compétent, a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique. Il leur a octroyé un délai pour qu'elles puissent faire part des questions supplémentaires qu'elles souhaitaient voir poser aux experts et pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation. Le CEMED SA, était retenu par le TCAS.
17. Par courrier du 29 novembre 2010, le recourant, sous la plume de son Conseil, a fait part au TCAS de sa « profonde désapprobation » avec le choix opéré, considérant que le CEMED SA était très régulièrement désigné par l'OAI de Genève et qu'en raison de la dépendance financière, du moins partielle, des experts disqualifiait ceux-ci et entachaient du moins potentiellement la neutralité nécessaire à l'exercice de la fonction d'expert. Aussi, le recourant priait le TCAS de renoncer à nommer le CEMED SA et suggérait les HUG qui, en tant qu'entité de droit public, étaient à même de réaliser l'expertise requise.
18. De son côté, l'intimé a informé le TCAS, en date du 30 novembre 2010, qu'il n'avait aucune observation à formuler quant au choix de l'expert ou quant aux questions.
19. Par courrier du 9 décembre 2010, le TCAS a demandé à l'OAI si la désignation des HUG pouvait également lui convenir.
20. Le 14 décembre 2010, l'intimé s'est opposé au choix des HUG, considérant que le CEMED SA était un centre d'expertise pluridisciplinaire reconnu. Par ailleurs, à sa connaissance, les HUG ne bénéficiaient pas de la structure nécessaire à la réalisation de l'expertise projetée.
21. Le courrier a été transmis au recourant et la cause gardée à juger sur la question de la personne de l'expert.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Cour de justice, Chambre des assurances sociales, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
3. La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la demande du recourant, singulièrement refusé de le mettre au bénéfice de mesures de reclassement professionnel et de lui accorder une rente.
4. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
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 liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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. 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

6. a) Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, si, en examinant une demande de prestations (art. 43 LPGGA), notamment en requérant l'avis du service médical régional, l'Office estime que les faits sont suffisamment élucidés, il n'a pas l'obligation de requérir des informations complémentaires, de recourir aux services d'un expert (art. 44 LPGGA) ou de soumettre l'assuré à l'examen du service médical régional. Par contre, une expertise doit être mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

7. a) 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 LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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).

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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder

ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

8. Dans un premier grief, le recourant reproche à l'intimé d'avoir pris en considération la position des experts de la Clinique Corela, retenant une capacité de travail entière, et non celle de ses médecins traitants, les Drs A_____ et G_____, qui considèrent que son état de santé entraîne une incapacité totale de travail. Il y a donc lieu de déterminer si l'expertise du 18 juin 2009 présente une pleine valeur probante et si les rapports des médecins traitants permettent de s'en écarter.
9. En l'espèce, l'OAI a rendu une décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité en se fondant principalement sur l'expertise du 18 juin 2010. Cette expertise n'est toutefois pas suffisamment crédible pour que la Cour de céans puisse suivre ses conclusions sans avoir de doutes sur la solution adoptée. En effet, si elle répond à certains réquisits jurisprudentiels (anamnèse, étude du dossier médical, plaintes exprimées par l'assuré), ladite expertise comporte des incohérences sur le plan rhumatologique et ne semble pas être fondée sur des investigations complètes :
 - L'experte rhumatologue a relevé des troubles rachidiens dorsaux modérés et un syndrome rachidien cervical modéré d'origine dégénérative. Elle a posé les diagnostics de dorsalgies mécaniques fonctionnelles et de cervicalgies mécaniques et retenu une diminution de rendement de 10 à 15%, notamment en raison des douleurs.

La Cour de céans s'étonne à cet égard qu'aucune des limitations fonctionnelles usuelles en matière de dorsalgies ou de cervicalgies, telles qu'alternance des positions, port de charges supérieures à un certain poids, positions en porte-à-faux, n'ait été posée ce d'autant plus que les dorsalgies et cervicalgies diagnostiquées ont été qualifiées de mécaniques, ou en d'autres termes consécutives à l'effort, et que le recourant a indiqué, dans le questionnaire portant sur l'impact des problèmes de dos sur la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne, annexé à l'expertise, que ses douleurs ne lui permettaient de soulever que de très légères charges et qu'elles l'empêchaient de marcher au-delà de 250 mètres, de rester assis plus d'une heure et de rester debout plus d'une demi-heure.

C'est le lieu de relever que le Dr D_____ du SMR s'est vraisemblablement fait la même réflexion que la Cour de céans, dès lors qu'il a ajouté plusieurs limitations fonctionnelles (activité légère, évitant les efforts isométriques demandant beaucoup d'énergie, port de charges moyennes à lourdes) pour épargner le rachis notamment.

- La Cour de céans constate également avec étonnement que la rhumatologue n'a pas jugé utile de faire pratiquer des radiographies tout en regrettant l'absence de bilans radiologiques complémentaires.

C'est le lieu de rappeler que les examens, notamment sous forme de radiographies, des zones présentant des problèmes doivent être refaits lorsque les images en possession de l'expert datent de plus de six mois (voir les Lignes directrices de la Société suisse de rhumatologie pour l'expertise médicale des maladies rhumatismales et des séquelles rhumatismales d'accident, ch. 3.4, in Bulletin des médecins suisses 88/2007 p. 736 et ss).

Or, dans le cas du recourant, l'experte rhumatologue ne disposait d'aucune radiographie de sorte que de tels examens auraient dû être réalisés. Les investigations effectuées par la Dresse E_____ n'étaient ainsi pas complètes.

- Enfin, l'experte retient un syndrome rachidien cervical modéré d'origine dégénérative, sans disposer de radiographies de la zone concernée et sans pour autant en expliquer les raisons.

Compte tenu des considérations qui précèdent, la Cour de céans doute de la crédibilité de l'expertise, qui ne remplit par conséquent pas les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

10. Par ailleurs, même si elle disposait d'une pleine valeur probante, l'expertise précitée n'aurait pas été suffisante pour refuser au recourant le droit aux prestations sollicitées. En effet, l'experte rhumatologue a relevé, dans le chapitre intitulé « status neurologique » que la manœuvre de Lasègue déclenchait à droite une tension au niveau des ischio-jambiers à 80° et à gauche une douleur de la face antérieure de la cuisse et de la face interne du talon à 80°. Elle a en outre constaté une faiblesse des réflexes achilléens au niveau des membres inférieurs et un tremblement de repos évoquant un tremblement essentiel. Dès lors que ces constatations ne relèvent pas du domaine de spécialité du rhumatologue, mais de celui d'un neurologue, c'est à juste titre que l'experte n'a pas posé de diagnostics y relatifs et qu'elle n'a pas examiné la capacité de travail en résultant (voir les Lignes directrices précitées, p. 739). L'intimé se devait toutefois d'investiguer l'aspect neurologique, celui-ci coïncidant notamment avec les constatations du Dr FAZY DEKHORDI.
11. La Cour de céans considère par conséquent que l'intimé ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en connaissance de cause, l'expertise réalisée par les Dresses F_____ et E_____ ainsi que par Mme P_____ étant dépourvue de valeur probante et l'aspect neurologique des plaintes du recourant n'ayant pas été investigué. L'intimé a donc rendu sa décision alors que l'état de faits était incomplet.

Dans un tel cas, la jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

Pour l'ensemble de ces motifs, la Cour de céans se voit contraint d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique du recourant. En effet, les constatations psychiatriques et neuropsychologiques faisant partie intégrante de l'expertise pluridisciplinaire à laquelle a été soumise le recourant, on ne saurait juger de leur valeur probante en le prenant isolément de sorte que l'expertise devra également comporter des volets neuropsychologique et psychiatrique.

Il sied en revanche de préciser que l'aspect cardiologique a été investigué à satisfaction de droit. En effet, il ressort du test d'effort, réalisé le 19 janvier 2009 par le Dr C_____, que le patient présentait une bonne adaptation de la fréquence à l'effort et une capacité physique normale. Une hypertension artérielle était relevée au repos et durant l'effort. Enfin, le Dr C_____ ne constatait pas d'arythmie. Force est donc de constater, avec le SMR, que le test précité semble rassurant. Si le Dr D_____ a certes fait état, dans son courrier du 2 février 2010, de risques cardio-vasculaires majeurs, il n'en a pas précisé la nature. Du reste, il n'a formulé aucune critique relative au test d'effort et à ses conclusions. Il n'y a dès lors aucun motif de s'écarter de l'avis du SMR quant à l'appréciation de l'atteinte cardiaque, raison pour laquelle l'expertise n'aura pas porter pas sur cet aspect.

12. Le recourant ayant marqué sa désapprobation avec le choix de l'expert, il sied encore de déterminer si un motif de récusation existe.

Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur

les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353 s., 123 V 175 consid. 3d p. 176 et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/ee p. 109 s. [I 128/98]; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références [U 212/97]). On rappellera encore, que 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 la prévention (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI était garantie déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193, voir également ATFA non publié I 19/02 du 26 juillet 2002, consid. 3a).

En l'espèce, les affirmations d'ordre général du recourant sur un prétendu lien de dépendance économique entre le CEMED SA et l'intimé ne permettent pas de mettre en évidence les éléments objectifs requis par la jurisprudence mentionnée ci-dessus. Le fait que le CEMED SA soit un COMAI ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert selon la jurisprudence précitée. Par ailleurs, le recourant n'invoque aucune circonstance spécifique qui permettrait de douter de l'impartialité et de l'objectivité des experts du CEMED SA.

Aussi, la Cour de céans maintiendra-t-elle le choix du CEMED SA. Aucun nom d'experts n'ayant été suggéré par les parties, la Cour de céans laissera le soin au Dr H_____, médecin responsable du CEMED SA, de désigner les médecins chargés d'expertiser le recourant.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur O_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, ainsi que du dossier de la présente procédure en sollicitant l'avis de tiers au besoin ;
2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :
 - 1) Anamnèse.
 - 2) Données subjectives de la personne.
 - 3) Constatations objectives.
 - 4) Diagnostic(s).
 - 5) Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pourcent.
 - 6) Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
 - 7) Dire quelles sont les limitations fonctionnelles du recourant.
 - 8) Dire dans quelle mesure une activité lucrative tenant compte des limitations fonctionnelles est raisonnablement exigible du recourant, et dans ce cas dans quel domaine et avec quel rendement.
 - 9) Si des troubles psychiques sont diagnostiqués, déterminer s'ils entraînent une incapacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.
 - a. Si oui, depuis quand et dans quelle mesure ?
 - b. Quel est le degré de gravité présenté par ces troubles ?
 - c. Comment justifiez-vous l'incapacité de travail en rapport avec ces troubles ?
 - d. Le patient dispose-t-il des ressources psychiques nécessaires lui permettant de surmonter la douleur et la réintégration dans un processus

de travail et dans quelle mesure ? En cas de réponse négative, veuillez indiquer les éléments que vous avez retenus pour justifier votre position.

3. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
4. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?
5. Pronostic.
6. Toute remarque utile et proposition des experts.
7. Commet à ces fins le Dr H_____, médecin responsable du CEMED,.
8. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
9. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
WANGELER

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