

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3843/2007

ATAS/718/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 18 juin 2008

En la cause

Monsieur M_____, domicilié aux AVANCHETS, comparant recourant
avec élection de domicile en l'étude de Maître RAM-
ZELLWEGER Mathilde

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue intimé
de Lyon 97, GENEVE

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M_____, de nationalité française, est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} juin 1995, par décision du 20 février 1996, pour cause de canal lombaire étroit, protrusions discales, rétrolisthésis L5-S1 et hernie discale au même niveau..
2. Dès le 1^{er} octobre 1996, il exploite la salle de jeux " X_____".
3. Par décision du 1^{er} juillet 2003, la rente est supprimée à compter de la fin du mois qui suit la date de la décision, l'assuré ne subissant plus aucune perte de gain.
4. Selon le contrat de travail du 1^{er} janvier 2004 entre X_____ SA et l'intéressé, celui-ci est engagé dès cette date comme directeur avec un salaire mensuel de 7'000 fr.
5. A compter de juillet 2004, l'intéressé est en arrêt de travail en raison d'un trouble dépressif et indemnisé par l'assurance perte de gain de son employeur.
6. Selon le rapport d'expertise médicale du 19 octobre 2004 du Dr A_____, spécialiste en médecine interne, l'intéressé souffre d'une symptomatologie dépressive réactionnelle et d'une hypertension artérielle traitée. Son état est stationnaire, mais une reprise de ses activités professionnelles à 50 % devrait être envisagée très prochainement. Le pronostic est bon, si le patient retrouve un fonctionnement actif. Il suit un traitement médical et un traitement anti-dépresseur chez un psychiatre. Dans l'anamnèse, il est relevé que le recourant est un tenancier de bar qui subit un redressement de TVA au cours des années 2002-2003. Pendant cette même période surviennent des problèmes relationnels avec le fils de sa femme, puis avec cette dernière. Ces difficultés aboutissent à la séparation des époux en 2003. Peu à peu, il présente des angoisses, insomnies, un sentiment de malaise général, une solitude croissante et de plus en plus de difficultés à se prendre en charge.
7. Par jugement du Tribunal de première instance du 3 février 2005, le divorce des époux est prononcé, suite à une demande déposée le 13 mai 2004.
8. Par demande reçue le 23 janvier 2006, l'intéressé requiert à nouveau des prestations d'invalidité.
9. Selon le rapport du 10 mars 2006 du Dr B_____, spécialiste en médecine interne, le recourant présente un état dépressif chronique avec poussées invalidantes. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin retient une hypertension artérielle, une bronchite chronique et un asthme, une obésité morbide et un tabagisme chronique. Dans l'anamnèse, il mentionne notamment que, suite à la rupture de son couple, il souffre d'un état dépressif

chronique d'intensité moyenne à sévère, pour lequel il est actuellement en arrêt de travail.

10. Selon le rapport médical du 11 avril 2006 de la Dresse C_____, psychiatre, l'assuré présente un syndrome d'apnées du sommeil, un trouble thymique organique dépressif et des dorso-lombalgies. La capacité de travail est nulle depuis juillet 2004, hormis une reprise à 50 % en 2005 pendant un laps de temps qui n'est pas précisé. Elle indique que le patient est traité depuis mars 2004 pour une dépression, sans succès. Il lui a été adressé en mars 2005 et, sur la base du tableau clinique et en raison de la résistance aux divers traitements, la suspicion d'un syndrome d'apnées du sommeil est posée. Dans un premier temps, le patient a dit avoir eu les investigations y relatives et que celles-ci étaient négatives. En fin de compte, aucune trace de polysomnographie n'a été trouvée et ce n'est qu'en novembre 2005 que cet examen a été fait et a confirmé le syndrome d'apnées du sommeil, ce qui explique une hypersomnie, des troubles mnésiques et une dépression résistant aux traitements. Il est suivi chez un chirurgien maxillo-facial pour adapter le propulseur mandibulaire et le cas échéant un appareil CPAP. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques de la même date, cette psychiatre indique que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouent aucun rôle dans l'affection, que les troubles psychiques ne sont pas non plus induits par le surmenage et ne disparaîtraient pas si les circonstances se modifiaient. Ils ne sont par ailleurs pas réactionnels à des événements de vie adverses et l'incapacité de travail est uniquement due à des affections physiques ou mentales. La capacité de travail est nulle.
11. Dans son rapport du 27 septembre 2006, la Dresse C_____ pose le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil et de trouble clinique organique dépressif, dans un contexte de surcharge pondérale. A titre de traitement, il n'a été proposé au patient que le propulseur mandibulaire que le chirurgien maxillo-facial a adapté et réadapté sans effet. Sur son insistance, elle a pu organiser un essai avec l'appareil CPAP dont le résultat était également nul. Un traitement anti-dépresseur est par ailleurs instauré et la compliance est bonne. Les limitations fonctionnelles psychiatriques consistent en hypersomnie diurne, asthénies, troubles de la mémoire et céphalées. La capacité de travail est pour l'instant nulle.
12. Dans son rapport du 17 janvier 2007, le Dr D_____, pneumologue, diagnostique un syndrome d'apnées du sommeil modéré. Depuis le mois de mai 2006, le patient est équipé d'un propulseur mandibulaire. A titre de comorbidité, il mentionne une obésité, une hypertension artérielle traitée, un état dépressif, un tabagisme chronique et un status après amygdalectomie. Dans l'anamnèse, il indique qu'une première polysomnographie a été réalisée en décembre 2005. Dans un premier temps, le patient a fait un essai de CPAP qui s'est soldé par un échec. Puis, on lui a confectionné un propulseur mandibulaire qu'il porte de façon régulière. Le contrôle par polysomnographie sous propulseur en juin 2006 montre

toujours la persistance d'un index d'apnées et hypopnées élevées à 24 heures. Le patient a toutefois refusé de reprendre le CPAP. On a modifié le propulseur en augmentant sa propulsion. Au début, le patient remarque une amélioration de la somnolence jusqu'à fin décembre, puis une péjoration suite au décès de son frère. Il décrit un manque d'élan vital plus qu'une somnolence diurne excessive. Après discussion avec le patient, le Dr D_____ privilégie la poursuite du propulseur mandibulaire avec un traitement de décubitus latéral obligé (balle de tennis dans le dos). Il estime judicieux d'effectuer une oxymétrie nocturne dans deux mois pour mesurer l'efficacité du traitement. Si cet examen devait être pathologique, il discutera avec le patient de la mise en place de l'appareil CPAP.

13. Selon l'avis médical du 21 juin 2007 du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR), le syndrome d'apnées du sommeil n'est actuellement pas traité de manière optimale. Il impliquerait une perte de poids et l'usage régulier du CPAP la nuit. Des études cliniques ont clairement démontré, selon le Dr E_____ du SMR, le lien existant entre un syndrome d'apnées du sommeil et des troubles dépressifs. Il estime que tant que les traitements et mesures de réadaptation exigibles n'ont pas été instaurés, il n'est pas possible de reconnaître une incapacité de travail ouvrant le droit aux prestations, selon la loi.
14. Le 22 juin 2007, l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) adresse un projet de décision de refus de prestations à l'assuré.
15. Selon le rapport médical du 10 juillet 2007 de la Dresse C_____, le changement de traitement anti-dépresseur a eu un bon effet sur la somnolence diurne. Elle signale par ailleurs une coronarographie montrant une cardiopathie ischémique.
16. Dans son avis médical du 7 septembre 2007, le Dr E_____ du SMR retient que, selon la Dresse C_____, une adaptation thérapeutique a permis une réduction des apnées nocturnes et une disparition de la somnolence diurne. Il constate ainsi que les limitations fonctionnelles ont disparu, de sorte qu'une pleine capacité de travail doit être admise. Au cas où la persistance d'une diminution de la capacité de travail serait alléguée, un traitement léger du syndrome d'apnées du sommeil (perte pondérale et CPAP nocturne) devrait être mis en place.
17. Par décision du 12 septembre 2007, l'OCAI confirme son projet de décision, sur la base des avis médicaux du SMR.
18. Par acte du 15 octobre 2007, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente invalidité entière, sous suite de dépens. Il fait valoir qu'il a commencé à souffrir d'apnées nocturnes, de manière progressive et de plus en plus marquée, depuis l'année 2002. Ce dysfonctionnement a eu pour conséquence une dépression nerveuse et un grave dérèglement du sommeil, de sorte qu'il s'endort depuis lors à

peu près n'importe où et à n'importe quel moment de la journée et indépendamment des circonstances. L'utilisation de l'appareil CPAP s'est soldée par un échec, dès lors qu'il ne l'a pas toléré. Par la suite, il a été traité par un propulseur mandibulaire (appareil fixé sur le visage durant la nuit, auquel on ajoute la fixation d'une balle de tennis dans le dos pour empêcher le retournement sur le dos du patient). Grâce à ce traitement, les symptômes se sont légèrement améliorés, mais il continue néanmoins à souffrir d'importantes somnolences diurnes. Par ailleurs, il est atteint depuis début 2004 d'une dépression nerveuse sévère suite au divorce qui a commencé la même année. En dépit du traitement anti-dépresseur, la symptomatologie persiste. Il a ainsi perpétuellement l'impression d'"une chape de plomb" sur son cerveau qui l'empêche de réfléchir et de se concentrer, de sorte qu'il ne peut se livrer à des travaux de manière suivie. Depuis 2004, il est traité par la Dresse C_____ pour la dépression. A cela s'ajoutent des problèmes cardiaques qui constituent également une source de fragilisation générale l'empêchant notamment à se livrer à un sport intensif. Il présente aussi une hypertension artérielle depuis de nombreuses années et une artère coronaire occluse entraînant une angine de poitrine. Enfin, il souffre de maux de dos importants, soit d'une spondylarthrose lombaire invalidante massive, d'un canal étroit et d'une hernie discale L5-S1. C'est à cause de ces troubles qu'il avait été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, puis d'une rente entière durant plusieurs années. Suite à ses problèmes médicaux, il a remis son établissement à sa fille, qui en est gérante. Le recourant affirme n'y participer plus du tout et n'en retirer aucun produit. En raison de ses problèmes dorsaux, il doit en outre consommer des médicaments très puissants pour les apaiser et ne peut pas rester longtemps dans la même position. Il est incapable de faire son ménage, lequel est effectué par une femme de ménage envoyée par sa fille. Cette dernière l'aide aussi dans la plupart de ses démarches quotidiennes et l'invite plusieurs fois par semaine à manger chez elle. Enfin, il a besoin de son aide pour les démarches administratives.

19. Par préavis du 20 novembre 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Il estime que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé de nature à entraîner une incapacité de travail.
20. Dans sa réplique du 18 décembre 2007, le recourant persiste dans ses conclusions. Il réaffirme que les somnolences diurnes n'ont pas disparu, en dépit des traitements successifs et des médicaments. Il allègue qu'aucun employeur ne pourrait supporter un employé qui doit subitement aller dormir, au milieu de la journée, pendant deux ou trois heures sans pouvoir planifier un tant soit peu son travail. Par ailleurs, dans la mesure où tous les traitements envisageables ont été effectués, il convient de considérer aujourd'hui que son état est stationnaire. Enfin, la dépression n'est qu'en partie due aux apnées du sommeil, mais pas uniquement.
21. Avec ses écritures, le recourant produit une attestation médicale du 17 décembre 2007 de la Dresse C_____, selon laquelle le recourant est en incapacité de

travail totale. Celle-ci est due "à une hypersomnie qui perdure malgré les mesures préconisées jusqu'à présent, dans le contexte d'un syndrome d'apnées du sommeil qui se traduit par une hypersomnie, des céphalées, des troubles d'attention et de concentration, des troubles de l'humeur et des troubles de mémoire".

22. Par duplicata du 8 janvier 2008, l'intimé persiste dans ses conclusions.
23. Le 18 janvier 2008, le recourant fait parvenir au Tribunal de céans un rapport du 13 janvier 2008 de la Dresse C_____. Celle-ci diagnostique un trouble thymique organique dépressif, un syndrome d'apnées du sommeil, une hypertension artérielle, une cardiopathie ischémique, une obésité et une hernie discale lombaire. Lorsque le patient lui a été adressé, la symptomatologie consistait en douleurs multiples au réveil avec une asthénie matinale et une amélioration deux heures après le réveil, suivie d'une nouvelle lassitude dans l'après-midi. L'énergie était réduite, la tristesse diffuse et généralisée. Il présentait également des sentiments d'insuffisance et de culpabilité avec des idéations morbides actives avec l'intention de mort par arme à feu. Son appétit avait diminué et il avait des troubles de l'érection, avec une libido préservée. L'anxiété se traduisait par une fébrilité intérieure, des accès de palpitation et de tachycardie, ainsi qu'une dyspnée. La journée, il devait faire des siestes de 20 minutes à deux heures par jour. Son état s'était amélioré après un mois de traitement médicamenteux, mais une nouvelle rechute était survenue en juin 2005. Il n'avait alors pas d'asthénie au réveil, mais celle-ci apparaissait brutalement une heure après l'éveil avec accès de sommeil incoercible et ce à plusieurs reprises dans la journée. La tristesse avait disparu, mais il y avait une procrastination, l'énergie était réduite sans franche inhibition. Il y avait aussi une réapparition des ruminations avec idéations morbides plutôt passives. L'appétit restait diminué pendant la journée. Toutefois, il y avait une boulimie vespérale. La Dresse C_____ relève également une clinophylie, une hypersomnie, un repli social, une abolie et une anhédonie. Face à cette rechute, le traitement médicamenteux est changé et la symptomatologie s'amende sans se normaliser. Mi-septembre apparaissent une nycturie et des céphalées. Un contrôle de la tension artérielle montre une hypertension élevée. Fin octobre 2005, il présente de nouveau une franche hypersomnie et le poids augmente, motivant la demande d'une polysomnographie avec recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil qui sera effectué en décembre et confirmé. Le port d'un propulseur mandibulaire pose beaucoup de problèmes, cet appareil étant inadapté à la forme buccale du patient, de sorte que celui-ci s'adresse souvent à la Clinique ORL des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour l'adaptation de ce propulseur. Néanmoins, les apnées et hypopnées persistent. Le patient s'était opposé au CPAP, un essai de cet appareil ayant été mal toléré. Un nouveau contrôle est effectué en janvier 2007 par le Dr D_____. Une nouvelle médication introduite (Modasomil) a un bon effet sur la somnolence diurne, de sorte que le patient a recouvré une énergie correcte avec une thymie relativement stable et un meilleur sommeil. En décembre 2006, son frère décède subitement des suites d'un infarctus

et le patient développe une nosophobie. Les investigations cardiaques mettent alors en évidence une coronaropathie. Dans ce contexte, des troubles thymiques ont réapparu en février 2007. Après un temps de transition, où la somnolence diurne et par conséquent l'abolie prédominaient, en juin 2007, on note une amélioration avec diminution des symptômes. En juillet 2007, il arrête le Modasomil et la situation se dégrade à nouveau. Il recommence à prendre ce médicament en janvier 2008. L'efficacité de ce traitement sur l'hypersomnie est incontestable. Néanmoins, l'incapacité de travail est totale, étant précisé que le temps de sommeil se chiffre à environ 14 heures par jour. Le pronostic est réservé.

24. Le 4 juin 2008, le Tribunal de céans entend la Dresse C _____ en tant que témoin. Celle-ci déclare ce qui suit :

" M. M _____ présente d'une part un syndrome d'apnées du sommeil et d'autre part un trouble thymique qui en découle. Les investigations ont pris beaucoup de temps. Le premier enregistrement a été fait en décembre 2005. Deux traitements étaient alors envisageables : un appareil CPAP ou un propulseur mandibulaire. Le premier appareil est en principe très efficace et préférable au second. Toutefois, le patient avait tendance de l'arracher dans son sommeil, indépendamment de sa volonté, de sorte qu'il n'était pas concluant. Par la suite, il a fallu confectionner un propulseur, ce qui a également pris beaucoup de temps. Finalement cet appareil n'était pas adapté à la bouche de M. M _____. Je l'ai alors adressé au Dr D _____ qui a constaté une amélioration du syndrome d'apnée du sommeil, après avoir effectué un nouvel enregistrement en janvier 2007, mais parallèlement un trouble dépressif réactionnel au décès du frère du patient.

A mon avis, le patient doit souffrir encore d'un autre problème organique qu'on ignore. En effet, même si son problème d'apnée du sommeil est plus ou moins bien réglé, il présente une hypersomnie. Si tôt couché ou installé confortablement, il s'endort très rapidement, c'est-à-dire dans les 2 à 4 minutes qui suivent, ce qui est extrêmement rapide.

Je confirme que la capacité de travail de M. M _____ est nulle depuis qu'il est en traitement dans mon cabinet.

Les examens ont permis d'exclure une narcolepsie, à savoir une maladie où le patient tombe littéralement de sommeil. Je lui ai prescrit un médicament qui s'appelle MODASOMIL, un médicament qui est prescrit en cas de narcolepsie et qui permet de garder réveillé le malade. Ce médicament est efficace dans le cas de M. M _____, dans le sens où il peut rester réveillé, mais il manque totalement d'énergie. Il ne répond par ailleurs pas au traitement antidépresseur.

Je pense que la symptomatologie dépressive est liée à une cause organique autre que le syndrome d'apnée du sommeil.

Sur question de l'OCAI, je précise que plusieurs choses ont été tentées pour permettre à M. M_____ de perdre du poids, sans compter les voies traditionnelles par les nutritionnistes par exemple. Un premier médicament introduit l'a fait perdre du poids dans un premier temps, puis le poids est remonté comme avant. Un second médicament, qui est notamment prescrit en cas d'épilepsie et de troubles bipolaires et qui entraîne également une perte de poids, a également eu pour effet de le faire maigrir au début, puis une augmentation du poids, alors même que le patient a continué à prendre ce médicament.

L'incapacité de travail est en fait due à la somnolence irrépessible. A cet égard, je relève que même après une brève attente avant la consultation, de 10 minutes par exemple, je le trouve systématiquement endormi. Il est également arrivé qu'il s'endorme en face de moi dans mon cabinet. Les seules fois où j'ai constaté aucune baisse de la vigilance, il s'est avéré qu'il avait une tension trop élevée.

Tous les traitements possibles et exigibles ont été entrepris, sans succès. Toutefois, certains traitements ne peuvent être prescrits en raison de contre-indications. On pourrait éventuellement envisager la stimulation magnétique transe-crânienne. Il s'agit toutefois d'un traitement qui n'est pas remboursé et dont l'efficacité n'est pas tout à fait prouvée. Il est très onéreux (presque CHF 300.- par jour)."

25. A la même date, le Tribunal de céans entend la fille du recourant, Madame N_____. Celle-ci fait la déposition suivante :

"Je travaille dans " X_____ " depuis 2005/2006. Au début j'ai travaillé avec mon père jusqu'à ce qu'il soit en arrêt de maladie. Il a arrêté de travailler complètement d'un coup, puis a recommencé pour ensuite de nouveau s'arrêter complètement.

Le capital-actions de la société est détenu essentiellement par moi-même et mon mari. Mon père n'a plus d'action dans cette société.

Dans l'établissement que j'exploite je fais tout. Mon père ne tire plus aucun revenu de celui-ci.

Si mon père devait de nouveau être en bonne santé, je ne pourrais pas l'engager dans mon établissement. En effet, j'ai pris d'une part sa place. D'autre part, j'ai engagé d'autres personnes que je ne pourrais pas mettre à la porte.

Le problème principal de mon père est qu'il s'endort partout et tout le temps, pratiquement.

Mon père a besoin d'être très entouré, car il "se laisse aller". Il n'a pas l'énergie pour s'occuper de lui-même et de son ménage. Je dois le surveiller. Pour toutes les tâches administratives, je le prends entièrement en charge. Il fait les choses uniquement quand je les lui dis. Je dois également lui faire la liste pour les courses. Si je ne m'occupais pas de lui, il ne pourrait pas rester seul à la maison. A cet égard, je relève qu'il a également des tendances suicidaires.

J'appelle mon père plusieurs fois par jour et j'envoie mes enfants pour qu'ils mangent avec lui et me rendent compte de la situation. Mon père était toujours très méticuleux. Cependant, aujourd'hui il y a du laisser aller. Toutefois, une femme de ménage s'occupe de lui également.

Je dois également soutenir mon père financièrement.

Quant à l'hypersomnie, elle est flagrante. Il s'endort devant n'importe qui."

26. Quant au recourant, il a déclaré en comparution personnelle qu'il s'arrachait l'appareil CPAP dans son sommeil, sans s'en rendre compte. On le lui remettait à plusieurs reprises, mais à chaque fois il l'enlevait. Par ailleurs, avant même que le personnel soignant puisse lui installer l'appareil, il était souvent déjà endormi. Quant à son mandataire, il a précisé à cette audience que le recourant avait pris, juste avant l'audience, le médicament Modasomil, afin de pouvoir rester éveillé.
27. A l'issue de cette audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant présente une atteinte à la santé provoquant une incapacité de travail et une perte de gain ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
5. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.»

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).
6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 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 et l'arrêt cité).

7. En l'espèce, la Dresse C _____ a déclaré que la capacité de travail de son patient était nulle. Cet avis n'est contredit par aucun médecin qui a examiné le recourant. Il ressort par ailleurs clairement de la déposition de la Dresse C _____ devant le Tribunal de céans que le recourant est gravement handicapé par son hypersomnolence, laquelle rend impossible toute reprise de travail. A cela s'ajoutent des troubles dépressifs manifestes et très invalidants, dans la mesure où le recourant ne pourrait aujourd'hui plus vivre seul selon les déclarations convaincantes de sa fille, si elle ne s'occupait pas de lui.

Il ne saurait en outre être reproché au recourant de ne pas avoir tout entrepris pour soigner le syndrome d'apnées du sommeil. Il appert notamment qu'il ne peut pas utiliser l'appareil CPAP, dès lors qu'il l'enlève dans son sommeil. Ce mouvement étant involontaire, il ne saurait lui être reproché. Il s'est également soumis à toute sorte de traitements antidépresseurs, sans succès. Enfin, il a fait des efforts pour

perdre du poids, selon les explications de la Dresse C_____ lors de son audition, mais en vain.

En tout état de cause, il convient de relever que, dans la mesure où l'incapacité de travail totale du recourant ne fait pas de doute, les prestations ne pourraient être réduites ou refusées au recourant, en cas de manque d'efforts pour se soumettre à des traitements médicaux exigibles, qu'après une mise en demeure écrite de l'intimé, l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable, aux termes de l'art. 21 al. 4 LPGA. Or, l'intimé n'a pas respecté cette procédure.

L'invalidité étant totale, le recourant peut bénéficier d'une rente d'invalidité entière une année après l'arrêt de travail, à savoir dès le 1^{er} juillet 2005.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 12 septembre 2007 annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente entière.
9. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera octroyée à titre de dépens.
10. L'intimé, qui succombe, sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 12 septembre 2007.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} juillet 2005.
5. Condamne l'intimé à lui verser un montant de 2'500 fr. à titre des dépens.
6. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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