

GE_GERICHTE A/2839/2012 vom 28. Februar 2013

GE Cour de justice, 2013-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2839_2012

FR: GE_GERICHTE A/2839/2012 du 28 février 2013

IT: GE_GERICHTE A/2839/2012 del 28 febbraio 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.02.2013
A/2839/2012

A/2839/2012 ATAS/206/2013 du 27.02.2013 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2839/2012 ATAS/206/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 28 février 2013 9ème Chambre En la cause Monsieur P _____, domicilié à Châtelaine, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître DUPONT Sylvie recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT Monsieur P _____, né en 1953, a effectué un apprentissage d'horticulteur-paysagiste. Il a effectué des travaux dans le domaine du bâtiment, puis de menuiserie à titre d'indépendant, qu'il a continuée, en parallèle, à son activité, jusqu'au 4 mars 2005, de menuiserie pour la société X _____ SA. En janvier 2006, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Atteint du virus HIV, il souffrait alors d'une myélopathie avec atteinte cordonale postérieure. L'emphysème pulmonaire était stable. Il souffrait également d'un ulcère pylorique et avait eu, en 2004, une oesophagite. Selon le rapport du Dr A _____, neurologue, le patient présentait des troubles de la marche avec un déséquilibre, des troubles de sensibilité aux membres inférieurs présents depuis 5 ans, mais avec une aggravation début 2005, des troubles sensitifs aux mains, des hyperréflexes aux membres inférieurs, des réflexes cutanés plantaires douloureux, un syndrome [illisible] statique à la marche avec troubles de proprioception, une atrophie de la moëlle cervicale, une discarthrose, une séquelle avec atrophie basale du lobe temporale droit, des pathologies particulièrement aux membres inférieurs, un ralentissement léger de la conduction corticospirale. La capacité de travail dans l'activité exercée était nulle. Un travail ne nécessitant pas de déplacement, de précision ni d'efforts particuliers ni la position debout, tel un travail de bureau, était envisageable. Un travail assis était possible. Le Dr B _____, neurologue, avait également constaté, en avril 2005, des troubles de la sensibilité des quatre extrémités. Ces troubles affectaient la plante des pieds depuis 2001. En 2004, ils avaient atteint les mains. Dans son appréciation du 18 mai 2006, le Service médical régional (SMR) de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) a retenu que la maladie infectieuse ne diminuait pas la capacité de travail, que les troubles moteurs et sensitifs rendaient l'exercice de la profession habituelle impossible, mais qu'une activité adaptée était exigible à 100%. Lors de l'entretien de réadaptation professionnelle du 9 novembre 2007, l'assuré a indiqué qu'il aidait un ami dans la gérance d'un café dans le but de la reprendre. Cette activité lui semblait adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il attendait de savoir s'il allait reprendre le café et n'était pas intéressé, dans cette attente, par des mesures professionnelles. Dans l'avis de réadaptation du 13 novembre 2007, le service de réadaptation professionnelle expose que le degré d'invalidité est de 26,9%, ce qui ouvre le droit à des mesures de réadaptation professionnelles. Il explique avoir fait part à l'assuré

de ses doutes quant à l'adéquation de l'activité de gérant de café avec les limitations fonctionnelles (pas d'activité debout), mais que celui-ci souhaitait néanmoins réaliser son projet. Le service précité mettait donc un terme à son mandat, précisant qu'il pouvait, dans un délai de six mois, toujours évaluer à nouveau la situation. Le 18 février 2008, l'assuré a demandé la réouverture du dossier, la reprise de la gérance ne s'étant pas concrétisée. Selon un rapport médical du 29 juillet 2008, l'assuré avait subi un anévrisme de l'aorte abdominale. Le rapport du 6 août 2009 constate que la situation était alors inchangée. Le rapport de stage, qui a eu lieu du 19 mai au 17 août 2008 auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI), conclut à ce que l'assuré était en mesure de réintégrer le monde professionnel ordinaire, en qualité de "magasinier (léger, notamment pièces détachées automobiles), aide-mécanicien (entretien de machines de jardin ou de distributeurs de boissons), employé dans un shop, mécanicien (vélos)". Il fallait privilégier une formation de CFC de magasinier en 3 ans ou une formation pratique en entreprise pour devenir aide-magasinier. Le stage de vendeur en pièces détachées pour autos avait été un succès et l'assuré était intéressé et avait dit que cette activité était compatible avec son atteinte à la santé. Du 13 octobre au 30 novembre 2008, l'assuré a effectué un nouveau stage chez Y_____ lors duquel il a réalisé "d'excellents résultats". En raison de la conjoncture toutefois, Y_____ ne prenait plus de stagiaire, de sorte que l'intéressé ne pouvait y poursuivre sa formation. Ce dernier indiquait qu'il avait eu des petites pertes d'équilibre lorsqu'il était resté longtemps debout, mais arrivait à les gérer en alternant les positions. Dans son rapport final du 9 décembre 2008, le service de réadaptation professionnelle indique que le degré d'invalidité est de 24%, ce qui ouvre le droit à des mesures professionnelles sous forme de reclassement. L'assuré ne bénéficiant cependant pas d'une formation, un reclassement ne serait ni simple ni adéquat. Il existait sur le marché du travail des activités qui répondaient aux limitations fonctionnelles, qui ne nécessitaient pas de formation. Par décision du 11 février 2009, l'OAI a ainsi refusé toute prestation à l'assuré. Cette décision n'a pas été contestée. Du 2 au 25 juin 2009, ce dernier a effectué un stage auprès de Z_____ dans le secteur outillage/quincaillerie, comportant le conseil et la vente auprès de la clientèle, la tenue et le rangement des linéaires et la mise en rayon des arrivages. Son stage a été qualifié d'excellent. Dans le cadre des mesures entreprises par l'assurance-chômage, auprès de laquelle l'assuré s'est inscrit, il a effectué un nouveau stage aux EPI du 10 août au 4 septembre 2009. Il a alors été constaté qu'il avait régulièrement des pertes d'équilibre en position debout, qu'il avait lâché ponctuellement des outils ou des pièces. Il avait de bonnes capacités dans l'utilisation d'outils manuels simples, mais rencontrait des difficultés dans la précision des gestes. L'assuré avait, par ailleurs, rencontré de la fatigue et des troubles visuels dans les activités nécessitant une attention visuelle soutenue. Les postes d'opérateur dans des travaux sériels d'assemblage, d'usine ou de conditionnement ne semblaient pas adéquats ni une activité sur ordinateur. Des activités de magasinier léger, gestionnaire de stock, merchandiser (secteur logistique) semblaient, au vu des aptitudes démontrées, réalistes. Le fait de bénéficier d'un permis de cariste serait un atout. Cette orientation ayant déjà été validée par des stages en entreprises dans le cadre des mesures de l'AI, il ne semblait pas utile de proposer de l'investiguer plus avant. Le stage d'aide-mécanicien a démontré que cette activité n'était pas compatible avec les limitations fonctionnelles du recourant. Par courrier du 6 janvier 2010, l'Office cantonal de l'emploi a informé le recourant du fait qu'au vu de l'évaluation précitée et des restrictions médicales, il ne pouvait lui proposer un placement. Le 8 août 2010, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. L'OAI a indiqué qu'il appartenait au recourant de

rendre plausible que son invalidité s'était aggravée depuis la décision de 2009. Le rapport du 19 août 2010 du Dr D_____ décrit le suivi médical du patient depuis mai 2003. Celui-ci était suivi à raison de 2 à 3 fois par an pour le syndrome obstructif sévère. Il n'est pas fait état d'une aggravation. Par projet de décision du 14 octobre 2010, l'OAI s'est proposé de ne pas entrer en matière de la nouvelle demande de prestation au motif qu'aucun élément médical ne signalait une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Dans son rapport du 21 octobre 2010 adressé à l'OAI, le Dr E_____ de l'Unité VIH des HUG, indique que l'examen neuropsychologique effectué le 12 mars 2010 avait montré que les troubles cognitifs de sévérité modérée étaient en augmentation par rapport au bilan de mai 2005. Cet examen avait cependant également démontré la possibilité d'une amélioration de ces troubles sous traitement antirétroviral, de sorte que celui-ci avait été réintroduit en mars 2010. Au rendez-vous du 20 octobre 2010, le patient n'avait pas perçu d'amélioration. Le bilan immunovirologique du 13 septembre 2010 montrait pour la première fois depuis la reprise du traitement une virémie HIV. Les bénéfices de la trithérapie sur les fonctions cognitives ne pouvaient probablement être observés qu'au bout d'un minimum 6 mois d'un contrôle immunovirologique satisfaisant. Le médecin prévoyait ainsi un nouveau bilan neuropsychologique en mars 2011 pour évaluer avec objectivité les progrès du patient sous traitement antirétroviral. Actuellement, la capacité de travail était nulle. En réponse au questionnaire de l'OAI, le Dr E_____ a signalé le 10 janvier 2011 que l'état de santé de son patient s'était aggravé. Les troubles neurocognitifs s'étaient stabilisés depuis l'introduction du traitement antirétroviral en mars 2010. Une réévaluation des troubles cognitifs était prévue en mars 2011. Ces troubles étaient manifestes depuis septembre 2008 et occasionnaient une difficulté d'apprentissage et d'adaptation ainsi qu'une fatigabilité psychique importante. La reprise d'une activité physique était conditionnée au résultat du bilan à effectuer. Sur mandat de l'OAI, une expertise neuropsychologique a été confiée à F_____, psychologue. Celui-ci a conclu, le 7 juin 2011, à un tableau neuropsychologique stable par rapport à 2005 et à 2010. Les difficultés exécutives étaient constantes depuis 2005. Elles restaient légères ou avaient même évolué vers une amélioration depuis le bilan de 2010. La capacité de travail, d'un point de vue cognitive, était entière. Les troubles de santé n'empêchaient pas la conduite automobile. A la suite de la réception de ce rapport, le SMR relève une aggravation des troubles de la motricité fine des membres supérieurs. Avant de mettre en œuvre une expertise neuropsychologique, il convenait de compléter le dossier médical avec les éléments que pourraient produire les médecins traitant. La Dre A_____ a indiqué dans son rapport du 8 novembre 2011 que son patient présentait depuis une dizaine d'années des troubles progressifs de sensibilité aux pieds, remontant dans les chevilles et les mollets, qui entraînaient la perte de l'équilibre et des difficultés de marche. Depuis 5 à 6 ans, étaient apparues des paresthésies dans les mains. En janvier 2009, une légère aggravation de la polyneuropathie avait été observée par rapport à 2006. Le travail de précision était impossible. La capacité de travail ne pouvait être améliorée. Des mesures de réadaptation professionnelle ne pouvaient réduire les restrictions évoquées. Dans son avis du 29 novembre 2011, le SMR relève que l'OAI n'avait pas tenu compte, en 2009, du fait que l'assuré devait éviter les activités de précision. En raison de cette omission, il fallait retenir une aggravation de l'état de santé, alors que celle-ci n'existait pas. Globalement, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié; dans une activité adaptée, qui tenait compte de toutes les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière. A la suite du projet de refus de prestations de l'OAI, l'assuré s'est prévalu d'une aggravation de son état de santé et a requis la mise en

œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Par décision du 17 août 2012, l'OAI a refusé la demande de prestation, au motif que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié et que sa capacité de travail était entière, depuis le 7 mars 2005, dans une activité adaptée. Par acte expédié le 18 septembre 2012, P _____ recourt contre cette décision. A titre préalable, il conclut à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre. Principalement, il conclut à l'annulation des décisions des 11 février 2009 et 17 août 2012 et à la mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité "depuis la date que justice dira". Il expose qu'en 2009, il n'avait pas été tenu compte des problèmes de sensibilité affectant ses mains, problèmes toutefois relevés par le Dr B _____ et constatés lors du stage qu'il avait effectué en 2008. Il n'avait ainsi, en 2008 déjà, pas d'aptitude pour les travaux fins. De surcroît, la coordination occulo-manuelle était faible. Ces points, ainsi que l'existence d'un problème au tunnel carpien, le syndrome cordonnal postérieure mentionné en juin 2005, l'atrophie de la moëlle cervicale et la discarthrose constatés en février 2006, le syndrome obstructif sévère au niveau des poumons ainsi que le léger dysfonctionnement exécutif et des performances mnésiques avaient été ignorés dans la première décision. Il n'avait pas non plus été tenu compte du fait que le recourant ne pouvait travailler dans un environnement poussiéreux. Le recourant n'avait, en outre, pas été ausculté, le SMR s'étant uniquement basé sur des rapports médicaux. Au vu de la complexité de ces pathologies, il convenait de retenir que la première décision, mal instruite sur le plan médical, était erronée. La seconde décision tenait également insuffisamment compte de l'ensemble de ses affections. Le syndrome obstructif sévère demeurait important, comme l'étaient également les troubles de la marche. Les HUG ont, par ailleurs, constaté une surcharge psychologique en mars 2011. Un probable syndrome fémoro-patellaire est évoqué, mais pas intégré dans la seconde décision. Il n'est pas non plus tenu compte de la dilatation de l'aorte abdominale et de la racine aortique présente depuis 2010. Le neuropsychologue mis en œuvre par l'intimé a constaté une difficulté en motricité fine, mais s'est dit incompetent pour évaluer les limitations fonctionnelles sur le plan sur le plan neurologique. Enfin, le Dr A _____ mentionne un TTC de 1975 - mentionné pour la première fois - et une polyneuropathie sensitive axonale. Il s'agit d'un diagnostic nouveau, constituant une aggravation. En outre, ce médecin atteste d'une aggravation de la polyneuropathie entre 2006 et 2009. La situation médicale nécessitant d'être davantage investiguée, il sollicite une expertise pluridisciplinaire. Par ailleurs, le recourant demande qu'il soit tenu compte de son âge, à savoir 59 ans au moment de la seconde décision, dans l'appréciation de ses chances de réintégrer le marché du travail. L'intimé conclut au rejet du recours. Il fait valoir que si l'on peut, dans le contexte thérapeutique, critiquer le fait que l'étiologie des différentes pathologies a été insuffisamment explorée en 2009, cet élément n'est pas déterminant pour le droit aux prestations. Il convient ainsi uniquement de déterminer si une détérioration notable de l'état de santé du recourant est survenue depuis février 2009. Or, l'expert neuropsychologue n'en constate pas. Le pneumologue, le Dr D _____, évoque même une lente amélioration. Aucun indice ne laisse penser à une atteinte psychique. Enfin, à 59 ans le recourant ne peut être qualifié de proche de l'âge de la retraite. Dans sa réplique, le recourant souligne que les limitations fonctionnelles retenues dans la décision de 2009 étaient incomplètes. Par ailleurs, la seconde décision fait fi des atteintes cardiologiques et de la neuropathie, soit d'éléments nouveaux. Enfin, le Dr G _____, qui a signé le rapport du SMR, n'est pas répertorié dans l'annuaire FMH. L'intimé répond qu'une procédure de reconsidération ne peut trouver application dans le cadre de la procédure judiciaire. Il convient uniquement de déterminer si une détérioration notable de l'état de

santé du recourant s'est produite depuis 2009. Le Dr G_____ est médecin praticien FMH, selon l'extrait informatif produit du site www.doctorfmh.ch. La Cour a informé les parties de son intention de procéder à une expertise pluridisciplinaire et les a invitées à se déterminer sur le choix des experts et les questions qu'elle souhaitait leur poser. L'AI a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation ni de questions complémentaires à poser. Le recourant a relevé que le volet psychiatrique devait être investigué, afin d'évaluer les ressources psychologiques de l'assuré pour des mesures professionnelles. Par ailleurs, le neurologue devrait recevoir l'ordre de faire procéder à des tests neuropsychologiques, en vue de préciser d'éventuelles limitations fonctionnelles d'ordre cognitif. Ces déterminations ont été adressés aux parties par courrier du 20 février 2013. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Formé dans le délai et la forme prescrits (art. 60 et 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Se pose, en premier lieu, la question de savoir si la Cour peut revoir la décision de février 2009, comme le lui demande le recourant. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI; anciennement art. 87 al. 3 et 4 RAI; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_953/2011 du 25 octobre 2012, consid. 2) et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2). Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 5, non publié in ATF 135 I 1 ; ATF 127 V 469 consid. 2c; 125 V 369 consid. 2). c. La révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA a pour but de permettre de modifier des décisions passées en force lorsque des faits nouveaux importants ou des nouveaux moyens de preuve sont découverts, qui ne pouvaient être produits auparavant. En

l'espèce, le recourant n'a pas fait valoir, dans le cadre de la seconde demande de prestation, que la décision de 2009 était manifestement erronée ou que des faits nouveaux importants étaient apparus, qui n'avaient pas pu être documentés en 2009. Il a, au contraire, soutenu que sa situation médicale s'était péjorée. Dans le cadre de son droit d'être entendu, il a encore insisté sur l'aggravation notable de son état de santé. L'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestation et a rendu une décision retenant l'absence de péjoration justifiant la révision de la décision de 2009. Le litige se place donc dans le contexte d'une révision au sens de l'art. 87 RAI, respectivement de l'art. 17 LPGA, et non d'une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. En effet, le recourant connaissait l'ensemble des affections dont il souffrait en février 2009. Il ne soutient pas avoir découvert subséquemment une atteinte préexistante ni qu'il n'aurait pas pu apporter les éléments médicaux relatifs aux troubles de la santé qu'il rencontrait en 2009. Enfin, l'intimé aurait pu jusqu'au stade de sa réponse dans la présente procédure reconsidérer sa décision (art. 53 al. 3 LPGA), ce qu'elle a toutefois choisi de ne pas faire. A teneur de la jurisprudence, une reconsidération ne peut intervenir par l'autorité de recours que pour confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (cf. consid. 2c). La présente espèce ne se situe pas dans un tel contexte, de sorte que seule entre en considération la révision au sens de l'art. 87 RAI, respectivement de l'art. 17 PLGA. Il convient ainsi d'examiner si des changements importants des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité sont survenus depuis février 2009. En février 2009, le recourant souffrait d'une myélopathie d'origine indéterminée, d'un emphysème pulmonaire, d'un ulcère pylorique et d'une oesophagite et était porteur du virus HIV. Avaient également été observés des troubles de la sensibilité des quatre extrémités, un syndrome du tunnel carpien, un syndrome cordonnal postérieur, une atrophie de la moëlle cervicale, un syndrome obstructif sévère, une discarthrose et une polyneuropathie sensitive axonale. Un bilan neuropsychologique réalisé en 2005 avait montré un léger dysfonctionnement exécutif et des performances mnésiques. Les limitations fonctionnelles impliquaient que l'assuré évite les mouvements répétitifs de force et le port de charges, la position au-dessus de l'horizontale, les positions penchées en avant en porte-à-faux, les mouvements de flexion et de torsions, les déplacements et les stations debout prolongées. Le stage effectué en 2008 aux EPI avait confirmé ces limitations et mis, en sus, en exergue les problèmes d'équilibre et la perte régulière de la maîtrise d'objets dans ses mains. Enfin, en raison des problèmes pulmonaires, une activité en milieu empoussiéré n'était pas envisageable. En août 2012, les troubles de la marche du recourant ont été qualifiés d'importants par le Dr D_____ et de sévères par l'expert neuropsychologue; il semble ainsi que ces troubles aient augmenté. L'insuffisance respiratoire sur syndrome obstructif sévère connaissait des hauts et des bas, notamment à la suite d'une surinfection. Le bilan neuropsychologique des troubles cognitifs de sévérité modérée effectué en 2010 avait montré une augmentation de ceux-ci par rapport à celui de 2005. Le Dr E_____ avait réintroduit un traitement antirétroviral en mars 2010 et préconisé une réévaluation desdits troubles en mars 2011. Le neuropsychologue mis en œuvre par l'intimé a, certes, constaté que le tableau neuropsychologique était stable par rapport à 2005 et 2010. Il a toutefois expliqué qu'il n'était pas compétent pour s'exprimer sur les questions neurologiques, notamment sur les limitations physiques induites par les troubles physiques de santé. Lors du stage effectué aux EPI en été 2009, il a été constaté qu'outre ses pertes régulières d'équilibre en position debout et les pertes d'objets qu'il tenait dans ses mains, le recourant rencontrait des difficultés dans la précision des gestes ainsi que

de la fatigue et des troubles visuels dans les activités nécessitant une attention visuelle soutenue. Ces éléments n'étaient pas apparus auparavant. Au contraire, le rapport de stage de 2008 avait conclu que "la précision est correcte, il peut travailler dans le millimètre" et l'évaluateur avait noté l'absence de signes de fatigue; le rythme de travail était bon. Le constat fait par les EPI en 2009 s'agissant des problèmes visuels est partagé par l'expert neuropsychologue qui a indiqué que la mémoire "en modalité visuelle" n'était pas bonne, sans pouvoir se l'expliquer. Dans son rapport du 8 novembre 2011, la Dresse A_____ a observé que les troubles de sensibilité dans les extrémités augmentaient ("le patient présente [...] progressivement des troubles de sensibilité"). Par ailleurs, elle a également évoqué les problèmes de coordination des membres supérieurs rendant tout travail de précision désormais impossible. Enfin, des épisodes de douleurs au niveau thoracique, survenus au cours de l'année 2009, ont conduit à des investigations cardiologiques, qui ont mis en évidence la dilatation de l'aorte abdominale et de la racine aortique. Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis février 2009. L'incapacité d'effectuer des gestes de précision et les troubles visuels (dans toute activité nécessitant une attention visuelle soutenue; problème de mémoire visuelle constaté par le neuropsychologue) ainsi que les problèmes cardiaques sont susceptibles - conjugués avec les autres troubles que rencontre le recourant - d'influer sur sa capacité de travail. Les rapports médicaux figurant au dossier ne permettent pas à la Cour de se déterminer sur la date à laquelle la péjoration s'est produite ni dans quelle mesure l'état de santé du recourant a évolué et restreint sa capacité de travail. Il y a ainsi lieu d'ordonner une expertise médicale. Compte tenu des atteintes multiples à la santé du recourant, les compétences d'un neurologue, d'un pneumologue et d'un spécialiste des maladies infectieuses sont requises. Ces spécialistes demeurent libres de s'adjoindre les avis d'autres spécialistes, si ceux-ci paraissent nécessaires pour dresser un tableau complet de l'état de santé du recourant, de ses limitations fonctionnelles et de l'exigibilité de sa capacité de travail. Les parties n'ont pas formulé d'objections au choix des médecins proposés, à savoir le Dr H_____, spécialiste des maladies infectieuses, le Dr I_____, pneumologue, et le Dr J_____, neurologue. En l'absence d'éléments autres que la "surcharge psychologique" mentionnée par le Dr E_____ en mars 2011, le dossier ne fait pas apparaître de troubles de la santé psychique du recourant. La Cour n'estime ainsi pas nécessaire d'inclure dans la mission d'expertise un volet psychiatrique. Il va cependant de soi que si les experts mandatés arrivaient à la conclusion que des investigations d'ordre psychiatrique paraissent nécessaires, ils pourront s'adjoindre l'avis d'un psychiatre. Par ailleurs, il est laissé à l'appréciation de l'expert neurologue de déterminer s'il convient de faire procéder à des tests neuropsychologiques pour préciser d'éventuelles limitations fonctionnelles d'ordre cognitif. Dans l'hypothèse où cela ne paraît pas nécessaire à l'expert neurologue, il sera invité à expliquer brièvement pourquoi il a renoncé à ces examens complémentaires. * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement: Ordonne une expertise multidisciplinaire neurologique, pneumologique et d'infectiologie, les experts ayant pour mission d'examiner Monsieur P_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin, notamment des médecins-traitants et en s'adjoignant, en tant que de besoin, l'avis d'autres spécialistes. Charge les experts de répondre aux questions suivantes : D'un point de vue neurologique Anamnèse Données subjectives du recourant Constatations objectives

Quel est votre diagnostic ? L'état de santé de Monsieur P_____ s'est-il péjoré depuis le mois de février 2009 ? Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les diagnostics constatés ? L'atteinte neurologique a-t-elle une répercussion sur la capacité de travail de l'expertisé ? Si oui, quel était le taux de l'incapacité de travail liée aux atteintes neurologiques en août 2010 ? Comment a-t-il évolué jusqu'en août 2012 ? Le traitement actuel est-il adéquat ? Quelle est la compliance du patient avec le traitement neurologique ? La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Quel est votre pronostic ? D'un point de vue pneumologique

Anamnèse Données subjectives du recourant Constatations objectives

Quel est votre diagnostic ? L'état de santé de Monsieur P_____ s'est-il péjoré depuis le mois de février 2009 ? Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les diagnostics constatés ? L'atteinte pneumologique a-t-elle une répercussion sur la capacité de travail de l'expertisé ? Si oui, quel était le taux de l'incapacité de travail liée aux atteintes pneumologiques en août 2010 ? Comment a-t-il évolué jusqu'en août 2012 ? Le traitement actuel est-il adéquat ? Quelle est la compliance du patient avec le traitement pneumologique ? La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Quel est votre pronostic ? D'un point de vue de la maladie infectieuse

Anamnèse Données subjectives du recourant Constatations objectives

Quel est votre diagnostic ? L'état de santé de Monsieur P_____ s'est-il péjoré depuis le mois de février 2009 ? Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les diagnostics constatés ? Le diagnostic a-t-il une répercussion sur la capacité de travail de l'expertisé ? Si oui, quel était le taux de l'incapacité de travail lié à la maladie infectieuse en août 2010 ? Comment a-t-il évolué jusqu'en août 2012 ? Le traitement actuel est-il adéquat ? Quelle est la compliance du patient avec le traitement neurologique ? La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Quel est votre pronostic ?

En consilium

Compte tenu des diagnostics neurologiques, pneumologiques et infectieux, voire des autres atteintes à la santé, l'état de santé de l'assuré s'est-il péjoré depuis février 2009 ? Si oui, dans quelle mesure et comment a-t-il évolué depuis lors jusqu'en août 2012 ? Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisé ? Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de l'assuré ? Si oui, à quel taux et comment ce taux a-t-il évolué depuis le mois de février 2009 jusqu'en août 2012 ? Y-a-t-il une diminution de rendement ? Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise professionnelle ?

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. Commet à ces fins le Dr H_____, spécialiste des maladies infectieuses, le Dr J_____, neurologue, et le Dr I_____, pneumologue ;

Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment de l'éventuelle péjoration de l'état de santé depuis février 2009 et de l'appréciation de la capacité de travail résiduelle ;

Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond. La greffière Brigitte BABEL La Présidente Florence KRAUSKOPF

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