

GE_GERICHTE ATAS/255/2012 vom 8. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_255_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/255/2012 du 8 mars 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/255/2012 del 8 marzo 2012

Erwägungen

E. 25

Par courrier du 26 juin 2009, le recourant conteste en particulier le fait que la durée de cotisations devrait être arrêtée à la fin de l'année précédant la survenance du cas d'assurance, soit au 31 décembre 1992, que le droit applicable ne lui permettrait pas de se prévaloir des cotisations de son épouse et qu'il ne pourrait bénéficier des cotisations de son épouse faute d'être assujetti aux assurances sociales suisses avant son entrée en Suisse. Se basant notamment sur l'expertise médicale, le recourant relève que c'est au plus tôt en 2001 que se réalise le cas d'assurance qui ouvre le droit à la rente et qu'en outre du fait que les atteintes de nature rhumatologique vont en s'aggravant depuis 2001, il apparaît justifié de retenir que le cas d'assurance est réalisé au 1er janvier 2006. Il précise encore que, pour cette raison, les cotisations opérées postérieurement au 31 décembre 1992 par le recourant ou par son épouse, en vertu des règles de la 9ème et de la 10ème révision AVS, profitent donc au calcul du montant de la rente. Il relève encore que les observations de l'autorité intimée ne prennent pas en considération les accords bilatéraux en matière d'assurance sociale entre la Suisse et l'ex-république de Yougoslavie, respectivement République de Macédoine. Partant, le recourant persiste intégralement dans les conclusions et explications de son recours.

E. 26

Interpellé par l'OAI au sujet des observations formulées par le recourant, la CCGC se borne à rappeler que le prononcé du 10 février 2009 établi par l'OAI reconnaît le recourant invalide à 46% dès le 1er janvier 1993 et que la survenance fixée à cette date impose donc clairement que le calcul de la rente correspondante soit arrêté au

E. 31

Par courrier du 9 décembre 2009, l'OAI qui a pris note de l'opération du cœur subie par le recourant, relève que « néanmoins, ces circonstances sont postérieures à la décision attaquée, de sorte à ce qu'elles ne peuvent être prises en compte dans le cadre du présent litige. Le juge des assurances sociales n'a en effet pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2. et les références) Nous souhaitons par ailleurs souligner que les conclusions de rapport d'expertise du CEM auxquelles le recourant fait référence, selon lesquelles il ne serait pas possible de se prononcer sur les limitations présentées sur le plan cardiaque immédiatement après le poses des stents, ont été suivies de mesures d'instruction complémentaires ayant permis de s'assurer que l'état de santé du recourant était compatible avec l'exigibilité retenue par les experts. »

E. 32

Entendu en audience de comparution personnelle le 24 juin 2010, le recourant relève qu'il a été au chômage de 1992 à 1994 et qu'il a été placé par le chômage chez X_____ à Coligny mais qu'il n'a effectué que trois jours d'activité. Depuis cette date, il n'a plus travaillé. Dans la journée, il n'a aucune activité en raison du fait que toutes les positions sont douloureuses et les tâches ménagères sont effectuées par son épouse. Le recourant présente, comme cela ressort du certificat du Dr L_____ du 7 mai 2010, des troubles du sommeil très importants sans souffrir d'apnée du sommeil. Sur le plan psychiatrique, il était suivi par la Permanence de Versoix, mais les traitements prescrits ne lui convenaient pas et il a souvent des angoisses et des moments de panique. Le recourant conclut au fait qu'il ne peut envisager aucune reprise d'activité. Lors de cette même audience, l'OAI indique que les mesures de réadaptation ont été proposées mais n'ont pas été acceptées par le recourant.

E. 33

A l'occasion d'un certificat médical du 7 mai 2010, le Dr L_____ relève que, d'une part, c'est un patient coronarien depuis plusieurs années, avec douleurs rétro-sternales typiques qui se sont aggravées depuis une année et, d'autre part, l'état général s'aggrave et les contrôles périodiques de cardiologie, gastroentérologie et diabétologie sont réguliers. Le patient présente des troubles du sommeil très importants et une thoracalgie post opératoire qui nécessite un contrôle dans 6 mois. Le Dr L_____ conclut à une capacité de travail de 0%.

E. 34

Dans un bref rapport médical du 13 juillet 2010, le Prof. N_____ déclare que suite à l'opération du 13 octobre 2009, le recourant présente une désunion sternale.

E. 35

Invité à produire les justificatifs des cotisations pour les années 1986 et 1987, le recourant a informé la Cour de céans, par courrier du 11 janvier 2011, qu'il n'avait pas été possible de les retrouver.

E. 36

Entendue en audience d'enquêtes, le 14 octobre 2010, le Dr L_____ qui suit le recourant depuis plus de dix ans, le reçoit en consultation une fois par mois et en cas d'urgence et le soigne pour des problèmes de diabète et de cardiologie, en collaboration avec un diabétologue et un cardiologue. Le Dr L_____ relève notamment « Au sujet de mon rapport du 7 mai 2010, je précise que la mention de la capacité de travail de M. I_____ de 0% comprend aussi bien les diagnostics de diabète et de problèmes cardiaques que les problèmes rhumatologiques et psychiatriques. (...) Je confirme les termes de mon rapport du 7 mai 2010, en particulier sur la question de la capacité de travail de M. I_____. (...) J'insiste encore sur le fait que M. I_____ souffre d'hypertension artérielle et risque des complications sur le plan cardiaque. »

E. 37

Lors de cette même audience, la représentante de la CCGC a indiqué que « le calcul de la rente prend en compte les cotisations versées avant le 1er janvier de la

A/1803/2009 - 9/22 - date de survenance du droit. En l'occurrence, le droit à la rente ayant été fixé au 1er janvier 1993, seules les cotisations antérieures à cette date sont prises en considération, soit au 31 décembre 1992 (si l'ouverture du droit avait été fixée au 30 juin 1993, la date qui aurait été prise en compte serait également celle du 31 décembre 1992). Ceci explique que la prise en compte des cotisations s'arrête au 31 décembre 1992, en l'espèce, bien que M. I _____ ait cotisé après cette date. Cette règle de calcul n'a fait l'objet d'aucune modification à l'occasion de la 10ème révision de l'AVS.

Je précise que, pour le calcul du revenu moyen déterminant (RAM), les cotisations versées par l'épouse ne sont jamais prises en compte.

Le partage du revenu n'est possible en application de la 10ème révision de l'AVS que s'il y a un deuxième cas d'assurance ou un divorce. Quant à la durée des cotisations, elle n'est de toute façon pas influencée.

En l'occurrence, M. I _____ est domicilié en Suisse depuis 1988 (le domicile en Suisse étant une condition de la qualité d'assuré) et a, sur son compte individuel, des cotisations au 31 décembre 1992 soit une durée de 4 ans et 9 mois, ce qui a été pris en compte pour déterminer l'échelle de rente. »

E. 38

Invité à présenter ses observations suite aux enquêtes, le recourant relève, le 18 février 2011, au sujet du taux d'invalidité « Le rapport du CEM pose que la capacité de gain est réduite de 40% en raison des seules atteintes de nature rhumatologique. Or, les rapports médicaux font état d'autres affections, qui ont toutes pour effet de réduire la capacité de travail, Il s'agit notamment des atteintes de nature cardiaque (...), des atteintes de nature diabétique ainsi que des atteintes de nature psychiatrique (...) La décision contestée a établi le degré d'invalidité en [ne] retenant qu'une partie des atteintes médicales, ce qui n'est pas admissible (...) En conclusion, il est manifeste que la décision s'écarte sans aucun motif des constats médicaux au dossier et que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité. »

Au sujet du début du droit à la rente, la décision contestée reconnaît le recourant invalide dès le 1er janvier 1993. Ce dernier relève que selon l'art. 4 al. 2 LAI et la jurisprudence développée à ce sujet, le début de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'ayant droit, et ne dépend pas de la date de la demande, de la date des prestations sollicitées par le recourant, ni des prétentions qu'il réclame. Le recourant insiste sur le fait qu'aucun élément médical du dossier ne permet de faire remonter au 1er janvier 1993 le début de son invalidité. La date à laquelle il a arrêté de travailler n'est pas pertinente, du reste il a été demandeur d'emploi en 1993 et 1994. Le recourant précise encore que les rapports médicaux ne permettent en aucune façon d'établir un début d'invalidité en 1993. Un unique rapport médical de 1992 faisant état d'une angioplastie n'est

A/1803/2009 - 10/22 - évidemment pas suffisant, De même que le rapport de 2001 qui fait état d'une douleur au genou. Les seules périodes pertinentes à lecture du dossier sont de l'année 2001 à l'année 2006, étant précisé que les atteintes de nature rhumatologique, à lire les rapports médicaux, vont en s'aggravant depuis l'année 2001. Il semble dès lors objectivement fondé de considérer que l'invalidité est survenue au 1er janvier 2004.

En ce qui concerne les années de cotisations, le recourant rappelle qu'aux termes de l'art. 29 ter LAVS, disposition applicable par renvoi de l'art. 36 LAI, sont considérées comme

années de cotisations les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations ou pendant lesquelles son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3, a versé au moins le double de la cotisation minimale. Il convient dès lors de procéder au calcul de la rente en fonction de son compte individuel et de celui de son épouse jusqu'au 31 décembre 2003.

E. 39

Intervenant au sujet des enquêtes, par courriers des 18 et 24 février 2011, l'OAI n'a aucune remarque à formuler, celles-ci n'ayant apporté aucun élément permettant de remettre en cause ses conclusions visant à la confirmation de la décision attaquée. L'OAI relève le fait que si une aggravation de l'état de santé est rendue plausible postérieurement à la décision querellée, ces circonstances devront cas échéant être instruites par ses soins dans le cadre d'une procédure de révision ultérieure, le juge des assurances sociales n'ayant pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse. Répondant aux observations du recourant du 18 février 2011, l'OAI rappelle que, par préavis du 3 juin 2009, la CCGC avait déjà indiqué que la couverture des cotisations du conjoint masculin par le mariage n'était pas prévue par la 9ème révision de la LAVS. Dès lors, la production du compte individuel de Madame I _____ était sans pertinence pour l'issue du litige.

E. 40

Interpelé au sujet du taux de réduction de la capacité de travail au 1er juillet 1992, le CEM a répondu que le recourant a présenté une capacité de travail nulle depuis le 1er juillet 1992 en tant qu'agent d'accompagnement dans une société de wagons-lits et ceci de façon définitive.

E. 41

A l'occasion d'un courrier du 2 septembre 2011, le Dr O _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales que le recourant a consulté depuis avril 2011, relève « Le bilan radiologique (IRM datant du 18 août 2011) fait état d'une arthrose tricompartimentale sévère du genou gauche. La corrélation radio-clinique est très nette et l'aggravation clinique de cette arthrose sans équivoque, malgré l'ensemble des moyens thérapeutiques mis en œuvre. A noter qu'en raison des douleurs sévères, et des limitations fonctionnelles qu'il présente intéressant la marche à moins de 500 mètres, le port de charge à moins de 5 kg, la montée et la descente des escaliers, il est totalement inconcevable qu'il puisse mener une activité professionnelle depuis plusieurs mois. »

A/1803/2009 - 11/22 -

E. 42

Reprenant le contenu de la réponse du CEM, le recourant relève, le 7 septembre 2011, que le CEM ne vise que son ancienne profession qu'il a bien été contraint d'arrêter. Le rapport du CEM et sa communication du 9 août 2011 ne font aucunement état d'une invalidité de 40% au moins depuis 1992. Le recourant relève également que le CEM pose ainsi en 2008 la survenance d'une invalidité de 40% au moins. Il ne fait état d'aucune invalidité avant cette date. En outre, le recourant rappelle d'une part que « le rapport du Centre de cardiologie du 11 mai 1992 sur l'angioplastie fait état d'une aptitude physique excellente du recourant et ne permet pas d'établir que le droit à la rente est survenu au 1er janvier 1993 » et d'autre part que « le rapport orthopédique du 21 mars 2001 ne permet pas d'établir que l'invalidité est survenue en 1992/1993. En mars 2001, aucune limitation des mouvements,

de port de charge ou de périmètre de marche n'est constaté. De plus, aucune ostéophytose, dégénérescence ou lésion n'est constatée. » Le recourant poursuit « Le rapport du CEM du 23 janvier 2008, après avoir posé que la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique était de 60%, indique que l'on « doit s'attendre à une aggravation de la gonarthrose dans les prochaines années et la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche serait vraisemblable au cours des 10 ans à venir. Elle ne permettra cependant pas de lever les limitations fonctionnelles évoquées ci-dessus » Partant, ces rapports permettent de constater que les limitations fonctionnelles liées au genou gauche, qui justifient, selon la décision querellée, la totalité de l'invalidité (40%) n'étaient pas présentes en 2001. La décision de faire remonter l'invalidité en 1993 est donc contraire aux pièces du dossier et ne repose sur aucun élément médical. Le dossier permet de constater que les atteintes de nature rhumatologique s'aggravent depuis l'année 2001. Il est ainsi raisonnable de fixer que l'invalidité existe depuis le 1er janvier 2004, soit la date médiane entre le rapport du 21 mars 2001 et la consultation rhumatologique au CEM du 24 octobre 2007. »

Au sujet du degré d'invalidité, le recourant relève, notamment, que la CEM a posé très clairement que les seules limitations de nature rhumatologique avaient pour conséquence une incapacité de 40%. La décision querellée ne tient pas compte des trois autres affections dont souffre le recourant, en particulier, les atteintes de nature cardiaque qui provoquent des limitations importantes de la capacité de travail.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (aLOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'article 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).

A/1803/2009 - 12/22 - Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse du 3 avril 2009, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). En effet, si l'OAI relève que depuis le 1er janvier 1992, la capacité de travail du recourant était considérablement restreinte, il sied de constater que, d'une part, la décision du 3 avril 2009 fait suite à une demande de prestations du 10 janvier 2006 et, d'autre part, le recourant conclut notamment à un droit à une rente d'invalidité à compter du 10 janvier 2005. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI

consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008. 3. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). 4. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi et compte tenu de la suspension du délai durant la période de Pâques, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

A/1803/2009 - 13/22 - 5. Le litige porte d'une part sur le taux d'invalidité retenu par la décision querellée et d'autre part sur les années de cotisations prises en compte pour le calcul de la rente et le début de l'invalidité au sens de l'art. 4 al. 2 LAI 6. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références). 7. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références). En l'occurrence, il sied de relever que le rapport d'expertise du CEM fait état d'une incapacité de travail de 40% dès le 1^{er} juillet 1992. 8. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATF non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 9. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

A/1803/2009 - 14/22 - 10. Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. 11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1). 12. Selon le principe de la 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 ainsi 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). 13. Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation

A/1803/2009 - 15/22 - divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 14. Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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. 5 let. a). 15. Au sujet des expertises, la jurisprudence du Tribunal fédéral a précisé : « L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime » (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 16. En l'occurrence, figurent notamment au dossier une expertise du CEM du 23 janvier 2008, des rapports d'examen du SMR, des rapports du Dr

A/1803/2009 - 16/22 - M _____, cardiologue, du Professeur N _____, Service de Chirurgie Cardio-vasculaire aux HUG, et du Dr L _____, médecin généraliste. 17. L'expertise réalisée par le CEM, en automne 2007, prend en compte les aspects rhumatologique, cardiovasculaire, diabétique et psychologique du recourant et pose des diagnostics sur l'ensemble de l'état de santé ayant une influence essentielle sur la capacité de travail de ce dernier. Le rapport fait mention, dans l'appréciation du cas, du fait que le recourant souffre depuis 1992 d'une maladie coronarienne avec trois angioplasties de l'interventriculaire antérieure en 1991 et 1992, qu'il est connu pour un diabète de type 2 évoluant depuis 10 ans ainsi qu'une gonarthrose tricompartimentale du genou gauche depuis 2001. Les experts concluent au fait que la capacité de travail en tant qu'agent d'accompagnement dans une société de wagons-lits est de 0%, que la capacité de travail subit une réduction de 25% au moins depuis le 1er juillet 1992 et que la capacité de travail espérée dans un emploi adapté est de 60% de façon progressive, sous réserve de l'évolution cardiologique plusieurs semaines après le pose du stent. 18. Contrairement aux affirmations du recourant, les experts ont pris en compte l'ensemble de son état de santé en concluant que, « dans une profession sédentaire, ne nécessitant pas de déplacements motorisés, non soumise à un stress, nous estimons en regard des différentes pathologies somatiques et psychiatriques que M. I _____ peut retrouver une capacité de l'ordre de 60% sous réserve, bien entendu, de l'évolution de la pathologie cardiovasculaire. Nous pensons qu'un reclassement professionnel serait tout à fait judicieux en prenant en compte les limitations fonctionnelles dues aux pathologies cardiovasculaires, diabétiques, rhumatologiques et psychiatriques. » L'ensemble des pathologies dont souffre le recourant ont été prises en

considération par les experts qui d'ailleurs concluent, comme l'a fait le SMR, que dans son activité habituelle d'agent d'accompagnement dans une société de wagons-lits, sa capacité de travail était nulle. 19. Dans son certificat médical du 7 mai 2010, le Dr L_____ relève que l'état général s'aggrave, que les contrôles périodiques de cardiologie, gastroentérologie et diabétologie sont réguliers et que le patient présente des troubles du sommeil très importants et une thoracalgie post opératoire qui nécessite un contrôle dans 6 mois. Le Dr L_____ conclut à une capacité de travail de 0%. A l'occasion de son audition le Dr L_____ précise que la mention de la capacité de travail de M. I_____ de 0% comprend aussi bien les diagnostics de diabète et de problèmes cardiaques que les problèmes rhumatologiques et psychiatriques. Elle confirme en outre les termes de son rapport du 7 mai 2010, en particulier sur la question de la capacité de travail de M. I_____ et insiste encore sur le fait que M. I_____ souffre d'hypertension artérielle et risque des complications sur le plan cardiaque.

A/1803/2009 - 17/22 - 20. Pour sa part, le Professeur N_____ mentionne, le 8 octobre 2009, que la sévérité de la maladie coronarienne du recourant a nettement augmenté depuis la pose du stent dans l'IVA en 1992 et qu'il sera opéré d'un double pontage aorto coronarien le 13 octobre 2009. Le Professeur N_____ précise, le 13 juillet 2010, que, suite à cette intervention cardiaque majeure, le recourant présente une désunion sternale. Toutefois, ce médecin ne donne aucune indication au sujet de la capacité de travail du recourant. 21. 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 22. Au sujet de la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal a rappelé dans un arrêt du 2 février 2010 (9C_603/2009) « En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 353 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). » 23. En l'espèce, l'expertise du CEM fait état d'un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, rapporte les constatations faites de façon neutre et circonstanciée et les conclusions s'appuient sur des considérations médicales. En effet, l'expertise a fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux puisque l'examen s'est porté sur des consultations spécialisées aussi bien sur le plan psychiatrique que rhumatologique, cardiologique et diabétologique. En outre, le rapport se fonde sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées par le recourant, en pleine connaissance de l'anamnèse, développant une appréciation claire de la situation médicale et apportant des conclusions dûment motivées. 24. Le recourant relève que le rapport du CEM indique que la capacité de gain est réduite de 40% en raison des seules atteintes de nature rhumatologique. Or, les rapports médicaux font état d'autres affections, qui ont toutes pour effet de réduire la capacité de travail. Il s'agit notamment des

atteintes de nature cardiaque,

A/1803/2009 - 18/22 - diabétique ainsi que psychiatrique. Toutefois, contrairement aux affirmations du recourant, il convient de retenir que, dans l'appréciation du cas, les experts, spécialisés dans les domaines médicaux concernés, ont pris en compte les divers aspects des affections touchant le recourant. 25. A l'occasion de son audition, le Dr L _____, médecin généraliste et médecin traitant du recourant qui le soigne pour des problèmes de diabète et de cardiologie, en collaboration avec un diabétologue et un cardiologue, a précisé que la mention de la capacité de travail de M. I _____ de 0% comprend aussi bien les diagnostics de diabète et de problèmes cardiaques que les problèmes rhumatologiques et psychiatriques. Elle confirme les termes de son rapport du 7 mai 2010, en particulier sur la question de la capacité de travail de M. I _____ en insistant encore sur le fait que le recourant souffre d'hypertension artérielle et risque des complications sur le plan cardiaque. 26. En l'espèce, il sied de relever que le rapport d'expertise du CEM sur lequel s'appuie aussi bien le recourant que l'OAI et dont la valeur probante n'est pas remise en question, mentionne que « en 1991, suite à une crise d'angor, M. I _____ bénéficie d'une coronarographie avec une angioplastie de l'interventriculaire antérieure. En 1992, l'IVA est à nouveau dilatée à 2 reprises. Depuis lors M. I _____ décrit un sentiment d'angoisse, de stress, et une importante fatigue l'empêchant de reprendre toute activité professionnelle. » De plus, comme il l'a indiqué lui-même, lors de son audition du 24 juin 2010, bien qu'au chômage de 1992 à 1994, le recourant a été placé au Lion d'Or mais n'a effectué que trois jours d'activité et depuis cette date, il n'a plus travaillé. En conclusion sur ce point, il y a lieu de retenir que, comme cela résulte du rapport d'expertise du CEM que le recourant était en capacité de travail réduite depuis le 1er juillet 1992. Il convient de relever à ce sujet les affirmations du recourant qui, notamment, n'a travaillé que trois jours depuis son arrêt de travail en 1992. 27. En conclusion sur la question de la capacité de travail du recourant, la Cour attribuera pleine valeur probante au rapport d'expertise du CEM, en écartant les conclusions des médecins traitants qui, selon la jurisprudence sont généralement enclins à prendre parti pour leurs patients et admettent une incapacité totale de travail du recourant. En effet, pour sa part, le Professeur N _____ fait état, le 8 octobre 2009, du fait que la sévérité de la maladie coronarienne du recourant a nettement augmenté depuis la pose du stent dans l'IVA en 1992 sans préciser depuis quand cette augmentation de sévérité de la maladie s'est manifestée. D'autre part, le Dr L _____ indique, dans son rapport du 7 mai 2010, que le recourant est un patient coronarien depuis plusieurs années avec douleurs rétro- sternales typiques qui se sont aggravées depuis une année. De plus, ce même médecin précise, lors de son audition du 14 octobre 2010, que le recourant souffre d'hypertension artérielle et risque des complications sur le plan cardiaque. Il sied de rappeler que, dans son courrier du 18 février 2011, l'OAI relevait le fait que si une

A/1803/2009 - 19/22 - aggravation de l'état de santé est rendue plausible postérieurement à la décision querellée, ces circonstances devraient, cas échéant, être instruites par ses soins dans le cadre d'une procédure de révision ultérieure. Ainsi, si l'état de santé du recourant a évolué de façon significative depuis la décision querellée, il conviendra à ce dernier de solliciter une révision de sa situation et une nouvelle décision, conformément à la remarque mentionnée dans le courrier de l'OAI du 18 février 2011. En conséquence, la Cour retiendra, en l'état, une capacité de travail de 60% qui, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10% aboutit à une incapacité de 46%, donnant droit à un quart de rente d'invalidité. 28. Au sujet des mesures de réadaptation professionnelle qui d'ailleurs ne font

pas l'objet des conclusions du recours, le recourant sollicitant l'octroi d'une rente entière, il y a lieu de rappeler qu'en vertu de l'art. 7 al. 2 LAI, l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable. Selon le rapport du service de réadaptation qui a clos son mandat, l'assuré estimant ne plus pouvoir travailler, ne comprenait pas que l'on ait une exigibilité de travail en ce qui le concerne. 29. Au sujet de l'évaluation de la capacité de gain, le recourant reproche, dans son recours, à l'OAI d'avoir admis une réduction complémentaire de 10% de la capacité de gain alors qu'une réduction complémentaire de 25% semblait parfaitement fondée en vertu de la jurisprudence topique en la matière. En ce qui concerne l'évaluation de l'invalidité sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 124 V 321), il faut rappeler que la déduction globale maximale de 25 % que la jurisprudence autorise afin de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative ne concerne que les salaires statistiques (ATF 126 V 75). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). En ce qui concerne la capacité de travail, le CEM a estimé que cette capacité était de l'ordre de 60% en tenant compte des différentes pathologies somatiques et psychiatriques et des limitations fonctionnelles décrites. Comme l'OAI, la Cour de céans retiendra que l'abattement opéré de 10% tient compte en l'espèce de manière appropriée des différents éléments qui peuvent influencer concrètement sur les perspectives salariales du recourant, dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Le grief du recourant sur ce point est donc infondé.

A/1803/2009 - 20/22 - 30. En ce qui concerne le calcul proprement dit de la rente et la prise en compte des cotisations, il y a lieu de relever que les dispositions de la LAVS s'appliquent par analogie d'une part à la fixation des cotisations de l'assurance-invalidité (art. 3 aLAI) et d'autre part au calcul des rentes ordinaires (art. 36 aLAI). 31. Les dispositions finales de la modification du 7 octobre 1994 (10ème révision de la LAVS) prévoient à la lettre c) que les nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes dont le droit prend naissance après le 31 décembre 1996. Il importe de rappeler que selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment est déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième

anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références). En l'occurrence, en se basant en particulier sur les conclusions du rapport d'expertise du CEM, l'OAI a déterminé le survenance de l'invalidité donnant droit à une rente dès le 1er janvier 1993. En vertu des dispositions finales de la 10ème révision de la LAVS et considérant la survenance de l'invalidité, ce sont les règles de la 9ème révision de la LAVS qui s'appliquent. 32. La 9ème révision de la LAVS, applicable en l'espèce, ne prévoyait pas la couverture des cotisations du conjoint masculin par les cotisations de son épouse, cette notion ayant été introduite lors de la 10ème révision de la LAVS en vigueur depuis le 1er janvier 1997. En effet, l'art. 3 al. 2 lettre b LAVS (9ème révision) indiquait uniquement que les épouses d'assurés n'exerçant pas d'activité lucrative n'étaient pas tenues de cotiser. Dès lors, jusqu'au 31 décembre 1996, les hommes, mariés ou non, étaient tenus de cotiser personnellement pour se voir créditer une durée de cotisations. 33. En outre, conformément à l'art. 1 al. 1 lettres a et b aLAVS la qualité d'assuré est reconnue aux personnes ayant leur domicile en Suisse ou exerçant une activité lucrative en Suisse 34. En vertu de l'art. 29bis al. 1 aLAVS, la durée de cotisations est complète lorsque l'assuré a, entre le 1er janvier qui suit la date où il a eu 20 ans révolus et l'ouverture

A/1803/2009 - 21/22 - du droit à la rente, payé des cotisations pendant le même nombre d'années que les assurés de sa classe d'âge. 35. En l'espèce, le recourant a la qualité d'assuré depuis le mois de mars 1988, date de son entrée en Suisse. De plus, le recourant qui ne peut se prévaloir des cotisations versées par son épouse, en application de la 9ème révision de la LAVS, a cotisé dès le mois juin 1988. Considérant la survenance de l'invalidité, soit le 1er janvier 1993, qui détermine la durée de cotisation à prendre en compte d'une part et d'autre part le début des cotisations versées personnellement par le recourant, la durée prise en compte en l'espèce s'étend, à juste titre, du mois de mars 1988 au 31 décembre 1992. Les calculs des rentes effectués par la CCGC sont donc fondés et le recours doit, sur ce point également, être rejeté. 36. La loi fédérale du 16 décembre 2005, modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGa). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument, fixé à 200 fr. En conclusion, la décision de l'OAI sera confirmée et le recours rejeté. Le recourant qui succombe, supportera les frais de justice fixés à 200 fr.

A/1803/2009 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.