

# GE\_GERICHTE A/1493/2011 vom 20. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1493\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1493_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1493/2011 du 20 septembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/1493/2011 del 20 settembre 2011

## Erwägungen

### E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur W \_\_\_\_\_, domicilié au Petit-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur W \_\_\_\_\_, né en 1958 (ci-après l'assuré ou le recourant), a travaillé en qualité de chauffeur (1980 à 1984) puis de soudeur au service de la voie (dès 1984) auprès de X \_\_\_\_\_. Il a déposé une demande de prestations d'invalidité le 31 décembre 1994, en raison d'une nécrose aseptique bilatérale des têtes de fémur auprès de OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI). Le médecin conseil de X \_\_\_\_\_ ayant confirmé l'incapacité fonctionnelle définitive de l'assuré, celui-ci a été affecté à une activité accessoire compatible avec son état de santé à 50% dès le 9 janvier 1995, puis à 100% dès le 23 janvier 1995. Il a ensuite, après une période de formation dispensée par X \_\_\_\_\_, occupé un poste de caissier remplaçant au service des ventes dès le 15 août 1995. Selon le rapport de l'employeur du 15 mai 1995, l'assuré est employé chez X \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> mars 1980, il travaillait en qualité de soudeur à la voie du tram jusqu'au 8 janvier 1995, à raison de 40 heures par semaine, le salaire mensuel étant de 5'986 fr. 85 depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1994. L'assuré est provisoirement occupé en tant que surveillant de réseau en attente de réadaptation depuis le 9 janvier 1995 et reçoit la totalité de son salaire à titre d'avance. Il a été absent pour cause de maladie et/ou d'accident quelques jours en 1993 puis à 100 % du 6 décembre 1993 au 25 mai 1994, à 50 % du 26 mai au 16 août 1994, à 100 % du 17 août au 2 octobre 1994, à 50 % du 9 janvier au 22 janvier 1995. Selon le rapport médical du 9 décembre 1994 du Dr A \_\_\_\_\_, interniste, l'assuré souffre d'une affection des deux hanches, d'emblée bilatérale et grave, dont on ne peut pas espérer de guérison spontanée, diverses hypothèses thérapeutiques sont envisagées, l'intervention chirurgicale avec des risques de complications ou d'échec importants est actuellement écartée. L'assuré doit se déplacer avec des béquilles, jusqu'à ce que l'une ou l'autre des hanches cède à la pression, ce qui peut prendre plusieurs années et il faudra alors mettre en place une ou deux prothèses. Ce programme implique une limitation importante de la capacité de travail et l'assuré est définitivement incapable de travailler comme soudeur, seul un travail en position assise est imaginable. Selon le rapport médical du 22 décembre 1995 du Dr B \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, la péjoration de l'état de la hanche gauche comporte l'indication d'une arthroplastie par prothèse totale de la hanche et c'est en fonction de la douleur et de la gêne fonctionnelle que la date opératoire sera décidée. Selon le rapport médical du 10 juin 1996 du Dr C \_\_\_\_\_, interniste, l'assuré souffre d'une nécrose aseptique des deux têtes fémorales, confirmée par les IRM et radiographies pratiquées, le patient est régulièrement suivi par lui-même et le Dr B \_\_\_\_\_ et une aggravation est intervenue depuis avril 1996. Le traitement consiste en marches avec décharge et antalgiques. L'assuré a réduit les

risques de danger de fractures au minimum, par son comportement, mais le risque de rupture spontanée n'est pas nul et c'est alors qu'une intervention sera tentée, sauf si l'évolution clinique ne nécessite une modification. L'assuré ne peut plus retourner à des activités antérieures et la nouvelle orientation doit être considérée comme définitive. Le médecin joint à son rapport divers rapports médicaux du Dr B\_\_\_\_\_ et les rapports d'examens radiologiques. L'assuré a subi une opération chirurgicale pour la pose d'une prothèse de la hanche gauche le 2 octobre 1996. L'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure de réadaptation professionnelle du 6 janvier au 31 décembre 1997, comme employé de bureau-caissier à l'école Y\_\_\_\_\_, X\_\_\_\_\_ lui versent son salaire à 100% jusque là et durant la mesure, les indemnités journalières sont rétrocédées à l'employeur. L'assuré a ensuite bénéficié d'un cours d'anglais complémentaire du 13 octobre au 29 novembre 1997, d'un cours de français du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 30 juin 1998 et il a obtenu le diplôme d'employé de commerce assistant de gestion de l'école Y\_\_\_\_\_ le 7 mai 1998. L'assuré a subi une opération chirurgicale pour la pose d'une prothèse de la hanche droite en mars 1999, suivie de plusieurs mois d'incapacité de travail. Il a fait un faux pas en mai 1998, ayant entraîné une fracture de l'astragale avec une petite incongruence, détectée avec retard. Une intervention chirurgicale d'arthrodèse talo-naviculaire gauche et autogreffe est pratiquée le 11 octobre 2001 et l'évolution est favorable lors de la consultation de décembre 2001, la reprise du travail étant envisageable dès mi-janvier 2002 selon les divers rapports du Département de chirurgie de l'Hôpital cantonal (HUG), qui relèvent que l'assuré est encouragé à déposer une demande AI en raison des divers troubles (hanches, genoux, etc.) et problèmes d'alcool. Entre-temps, l'assuré a été hospitalisé à la clinique de psychiatrie adulte des HUG une première fois en août 1999, en raison d'une consommation importante de benzodiazépine associée à de l'alcool, avec des idées de mort, puis du 27 septembre au 6 octobre 2000, en raison d'une alcoolisation avec menaces de défenestration. L'assuré souffre de dépendance à l'alcool et d'un épisode dépressif léger. Il a également séjourné à la clinique genevoise de Montana du 7 au 28 novembre 2000, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans somatisation, et une comorbidité de dépendance à l'alcool, notamment. Le sevrage sous couverture de Seresta, commencé à Belle-Idée, a été continué et sur le plan de la thymie, la clinique observe une nette amélioration grâce au soutien médico-infirmier et à des entretiens psychologiques spécialisés, ainsi que la poursuite du traitement d'antidépresseurs. Après l'opération chirurgicale d'octobre 2001, l'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana du 18 octobre au 19 novembre 2001, pour un status post-arthrodèse talo-naviculaire gauche et autogreffe, les comorbidités étant trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, dépendance à l'alcool, notamment, abstinent en milieu protégé. L'assuré a bénéficié d'un traitement de physiothérapie régulier et la thymie à nouveau joyeuse est compatible avec une rémission actuelle de l'état dépressif. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 4 février 2002, en vue de l'octroi d'une rente, en raison de la nécrose aseptique des hanches, précisant se trouver à la clinique de Montana. Selon le rapport de l'employeur du 1<sup>er</sup> mars 2002, l'assuré travaille en qualité d'agent commercial après le recyclage AI, depuis le 28 février 1997. Son salaire est de 7'232 fr. 09 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002. L'assuré a été absent pour cause de maladie et/ou accident à 100 % du 23 mars au 20 juin 1999, du 21 août au 11 septembre 1999, du 16 au 28 août 2000, du 27 septembre au 20 décembre 2000, du 30 mars au 1<sup>er</sup> avril 2001 et depuis le 10 octobre 2001. L'assuré perçoit la totalité de son salaire à titre d'avance, tout versement rétroactif de rente est dû à X\_\_\_\_\_. L'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana du 5 au 26 février

2002, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, les comorbidités étant une dépendance à l'alcool notamment. L'assuré a été hospitalisé en raison d'un trouble dépressif exacerbé par un récent licenciement, l'assuré est dans le déni s'agissant de son problème d'alcoolisme, la récupération de la mobilité de la cheville est excellente selon le rapport de la clinique de Montana du 5 mars 2002. Selon le rapport médical du 13 juin 2002 du Dr C \_\_\_\_\_, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont, du point de vue psychiatrique, un alcoolisme et un état dépressif chronique, du point de vue organique, un status post-ostéosynthèse pour fracture ouverte de la jambe droite, post-PTH bilatérale pour nécrose aseptique de la tête fémorale, post-fracture de l'astragale. L'incapacité de travail est actuellement totale et motivée par les diagnostics psychiatriques. Sur le plan orthopédique, la situation devrait pouvoir permettre des travaux d'ordre administratif, mais dépend de l'évolution de la guérison. L'alcoolisme chronique est présent de longue date, mais est devenu handicapant depuis 1995 et réellement décompensé lors de la séparation du couple, peu après les opérations de la hanche. L'état dépressif s'est franchement manifesté après la séparation vers 1998, plusieurs rechutes ont eu lieu après les sevrages. La dernière consultation date de décembre 2001 et l'assuré est depuis lors suivi sur le plan alcoologique et psychiatrique. Une activité administrative est envisageable, sous contrôle strict de l'état dépressif dans un contexte d'alcoologie chronique et le pronostic est hélas très sombre. L'expertise prévue auprès du Dr D \_\_\_\_\_ a été reportée en raison de l'hospitalisation de l'assuré à la clinique de Montana du 4 au 27 février 2003, pour un sevrage à l'alcool, les comorbidités étant dépendance à l'alcool, troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, hernie hiatale, notamment. L'assuré a signé un contrat d'abstinence qu'il a respecté, suivi des séances de physiothérapie qui ont diminué les douleurs dans les jambes et permis la disparition des tremblements et des troubles de l'équilibre. L'expertise du Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, du 12 avril 2003, contient une anamnèse détaillée. S'agissant des plaintes du patient, il mentionne des douleurs continues depuis l'arthrodèse du pied gauche, des lâchages du genou droit, des douleurs allant des chevilles jusqu'aux hanches des deux côtés. Sur le plan de la dépendance à l'alcool, l'assuré est abstinent depuis son entrée à la Clinique de Montana le 4 février 2003 et se sent mieux. Il évoque le stress et les soucis financiers et familiaux. L'expert retient comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : dépendance à l'alcool depuis 1985, actuellement pas d'utilisation du produit, déni de la problématique ; trouble dépressif récurrent fortement lié aux périodes de consommation d'alcool, actuellement léger ; état anxieux ; status après remplacement des deux hanches par prothèse totale en 1997 et 1999 ; status après intervention sur la cheville gauche pour arthrose et incongruence talo-naviculaire ; arthrodèse talo-naviculaire gauche et autogreffe depuis 1998. S'agissant de l'appréciation du cas, l'expert indique que si le sevrage à l'alcool résiste pendant douze mois et que le traitement auprès des médecins stabilise l'état anxio-dépressif, on peut attendre une amélioration de l'état de santé du patient. La stabilité ne peut pas être estimée à ce jour et la dépendance chronique dure depuis 1985. S'agissant des hanches et de la cheville gauche, l'état est stabilisé, la récupération de la fonction de la cheville gauche est bonne et l'examen est peu concordant avec les plaintes du patient. Sur le plan physique, les limitations fonctionnelles concernent la flexion et l'extension de la cheville diminuée à 20 % d'amplitude et les prothèses métalliques des hanches excluent le port de charges, les déplacements répétés à pied sur une longue distance. La limitation de la cheville gauche ne constitue pas un handicap, mais la capacité de travail est limitée au niveau des hanches en raison d'usure prématurée des prothèses. Les limitations physiques

de la dépendance à l'alcool sont quasi inexistantes. Sur le plan psychique et mental, le trouble dépressif récurrent paraît intimement lié au problème de la dépendance à l'alcool, la fragilité psychique actuelle, avec une intolérance à la frustration et un déni de la dépendance alcoolique, complique la prise en charge thérapeutique et l'assuré est incapable de reprendre une activité professionnelle dans les douze à dix-huit mois, une abstinence stabilisée doit préalablement être obtenue, l'expert suggère de recourir à l'avis d'un spécialiste pour l'évaluation psychique. Selon l'avis du 16 avril 2003 du Dr E\_\_\_\_\_, si les douleurs plantaires au pied gauche persistent malgré la physiothérapie, il faudra envisager l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Selon l'avis du SMR du 26 juin 2003, il convient de déterminer si la dépendance est secondaire à une comorbidité psychiatrique ou primaire et donc non invalidante, il faut solliciter le rapport du Dr F\_\_\_\_\_, des HUG. Sur le plan ostéo-articulaire, l'état est stabilisé. Selon le rapport médical du 28 juillet 2003 du Dr F\_\_\_\_\_, médecin auprès de l'Unité d'alcoologie des HUG, l'assuré présente une nécrose aseptique fémorale, une arthrose post-traumatique et une ostéo-nécrose avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent. Il détaille les limitations fonctionnelles et mentionne une dépendance à l'alcool selon le critère DSM-IV et répond « non » à la question de savoir si l'incapacité de travail est due premièrement à une affection psychiatrique et « oui » à la question de savoir si une abstinence est raisonnablement exigible. Sur cette base, le SMR retient, le 15 août 2003, que l'incapacité de travail n'étant pas due à une comorbidité psychiatrique, la dépendance à l'alcool en tant que telle ne peut pas être invoquée comme cause d'incapacité et l'abstinence observée depuis trois mois est exigible à plus long terme et devrait permettre à l'assuré de maintenir une capacité de travail normale dans son activité, qui est adaptée à ses limitations somatiques. Selon le rapport du 11 mai 2004 du Service de la réadaptation professionnelle, une réadaptation n'entre pas en ligne de compte, dès lors que le SMR retient une capacité de travail de 100 % comme agent commercial, de sorte que le poste occupé à ce titre par l'assuré est adapté aux limitations décrites, l'assuré ayant déjà bénéficié d'une formation commerciale en 1998, lors d'un reclassement professionnel de l'AI. Par décision du 18 mai 2004, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente. Par pli du 1<sup>er</sup> juin 2004, l'assuré a formé opposition à la décision, estimant que sa demande est également fondée sur la nécrose bilatérale aseptique et arthrodèse du pied gauche, qui sont les problèmes évoqués lors de la visite faite auprès de l'expert mandaté. Par décision sur opposition du 30 juin 2004, l'OAI a rejeté l'opposition, motif pris que l'assuré ne présente pas de limitation dans son activité d'agent commercial, qui a été prise en charge par l'AI et tient précisément compte du remplacement des deux hanches par des prothèses, ainsi que de l'arthrodèse du pied gauche. Selon les rapports médicaux en possession de l'OAI, les suites de ces interventions sont qualifiées de bonnes et n'occasionnent aucune limitation fonctionnelle dans ce type d'activité. De plus, un état dépressif qualifié de léger et disparaissant lors d'abstinence d'alcool ne saurait avoir valeur d'invalidité. De plus, finalement, l'assuré a le devoir de tout mettre en œuvre pour réduire le dommage, fût-ce au prix d'un effort considérable. Les mesures professionnelles ne sont pas à envisager dès lors que la profession d'agent commercial est totalement adaptée à l'état de santé. Le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011) a rejeté le recours de l'assuré par arrêt du 8 mars 2005. En substance, le Tribunal a considéré que, sur la base des divers avis médicaux du dossier, l'assuré ne souffre pas d'une atteinte physique propre, à elle seule, à entraîner une incapacité de travail et de gain d'une certaine importance dans la dernière activité exercée, adaptée aux suites de la nécrose

aseptique fémorale, l'arthrodèse du pied gauche subie en 2001 n'ayant entraîné aucune incapacité physique dans cette activité, déjà exercée, d'agent commercial. Pour le surplus, le trouble dépressif présenté est léger et n'empêche pas une activité professionnelle, le recourant pouvant retrouver une pleine capacité de travail dans une activité d'employé de commerce, en cas d'abstinence à l'alcool soutenue, en l'absence d'affection psychiatrique, selon les divers rapports médicaux produits. Au demeurant, il ressortait du recours que tant le problème d'alcool que le trouble dépressif avaient disparu depuis 2003. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 7 février 2006, en raison de la surinfection de la prothèse le 3 juillet 2005 et d'un accident vasculaire cérébral le 23 décembre 2005. Il précise qu'il n'a pas été licencié par X\_\_\_\_\_ au début de l'année 2002, mais qu'il est pensionné de X\_\_\_\_\_ et en arrêt de travail pour raison de maladie depuis octobre 2001. Selon le compte rendu opératoire du 4 juillet 2005 et les rapports médicaux des 19 août, 16 septembre, 11 octobre et 29 novembre 2005 du Département de chirurgie orthopédique des HUG, l'assuré a subi l'ablation de sa prothèse totale de la hanche droite en juillet 2005, en raison d'une surinfection et la mise en place d'un spacer, suivie, le 26 septembre 2005, d'une intervention visant à l'implantation d'une nouvelle prothèse totale de la hanche droite. Les suites de la seconde opération sont sans particularité, l'assuré marche avec une canne en raison d'une importante amyotrophie musculaire. Selon le rapport médical du 12 janvier 2006 du Département de neurologie des HUG, l'assuré a subi le 23 décembre 2005 un accident vasculaire cérébral ischémique transitoire sylvien gauche, le patient ayant présenté trois épisodes similaires depuis le mois de décembre 2004. L'assuré rentre à son domicile le 11 janvier 2006 et, sur le plan digestif, il présente une hernie inguinale droite dans l'attente d'une intervention chirurgicale. L'assuré est totalement incapable de travailler dès le 4 juillet 2005 en raison du problème orthopédique et totalement incapable de travailler dès le 23 décembre 2005 en raison du problème neurologique. Selon le rapport de l'employeur, X\_\_\_\_\_, du 23 février 2006, l'assuré a été employé du 1<sup>er</sup> mars 1980 au 8 octobre 2003 et a perçu son salaire jusque là. L'assuré est en incapacité de travail à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001. Son salaire est fixé à 7'426 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Selon les extraits de compte individuels AVS de l'assuré, son salaire annuel a été de 96'682 fr. en 2001, 94'807 fr. en 2002 et 77'012 fr. de janvier à octobre 2003. Selon le rapport médical du 30 juin 2006 du Dr G\_\_\_\_\_, généraliste, l'assuré est capable de travailler dans une activité de réception, assis, à raison de quatre heures par jour. Les accidents vasculaires cérébraux à répétition et le status après infection de la prothèse droite et gauche sont les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Le trouble dépressif récurrent avec alcoolisation chronique connaît une évolution favorable, avec un sevrage total de l'alcoolisme et une disparition du trouble dépressif. Selon les rapports médicaux du service de cardiologie des HUG des 17 juillet et 3 août 2006, l'assuré a été hospitalisé du 4 au 11 juillet ainsi que les 27 et 28 juillet 2006 en raison d'infarctus. Selon le rapport du Département de chirurgie viscérale des HUG du 26 décembre 2006, l'assuré souffre d'une hernie inguinale bilatérale, opérée le 20 décembre 2006. Le chef du service atteste le 12 janvier 2007 que l'hernie est sans répercussion sur la capacité de travail, l'activité exercée est exigible, sans diminution de rendement. Selon le rapport médical du 20 mars 2007 du Dr G\_\_\_\_\_, l'état de santé s'est aggravé, en raison des accidents vasculaires cérébraux et de l'infarctus de 2005 et 2006, l'assuré est totalement incapable de travailler depuis 2005, la stabilisation éventuelle de l'état clinique justifierait une réévaluation des possibilités de reprise d'une activité professionnelle partielle d'ici une année. Selon le rapport médical du 29 janvier 2008 du Dr G\_\_\_\_\_.

l'état de santé de l'assuré s'est en partie amélioré, s'agissant du status après pose d'une prothèse totale de la hanche gauche, mais également aggravée du fait de la réapparition de symptômes d'oppressions thoraciques, attribuées à la cardiopathie coronarienne. Une symptomatologie douloureuse de la jambe droite persiste. Le médecin traitant joint à son rapport copie des rapports rendus de 2005 à 2008 par les services de cardiologie, neurologie, chirurgie viscérale. Le SMR a posé des questions complémentaires au Dr G \_\_\_\_\_ le 26 mars 2008, s'agissant d'expliquer l'atteinte à la capacité de travail qu'il retient du point de vue cardiovasculaire et du status clinique s'agissant de la problématique ostéoarticulaire. Selon le rapport médical du Dr G \_\_\_\_\_ du 31 juillet 2009, l'état de santé est stationnaire, objectivement et subjectivement il n'y a pas de changement dans les diagnostics. Il joint le rapport médical du 15 janvier 2009 du Dr L \_\_\_\_\_, pneumologue qui retient un trouble fonctionnel obstructif discret. L'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire auprès du CEMED les 29 et 30 octobre 2009. Selon le rapport d'expertise des Drs H \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, I \_\_\_\_\_, cardiologue et J \_\_\_\_\_, psychiatre, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont : status après nécrose aseptique des deux hanches et prothèse totale des deux hanches, status après arthrolyse taloscaphoïdienne gauche et infarctus inférieur en juillet 2006, les autres diagnostics sont sans répercussion sur la capacité de travail (troubles mentaux, du comportement, dépendance à l'alcool, épisode dépressif léger en rémission, épisode d'accident vasculaire cérébral entre 2004 et 2006 transitoire, dyslipidémie et tabagisme). Les limitations de l'appareil locomoteur concernent les marches de longue durée, les stations debout de longue durée, le port de charge, la marche sur terrain inégal, la montée et descente répétitives d'escaliers ou d'échelles mais il n'y a pas de limitation dans un travail réalisé principalement en position assise avec possibilité de changer de position fréquemment. Les limitations sur le plan cardiaque sont dues à l'essoufflement, les efforts importants et modérés devront être évités, de sorte que l'activité adaptée sur le plan locomoteur est également exigible sur le plan cardiaque. Depuis l'accident vasculaire cérébral (AVC) de fin 2005, l'assuré souffre de divers problèmes de mémoire résiduels, dont la gravité n'est pas assez importante pour entraver de manière importante la capacité de travail, mais peut diminuer le rendement dans une activité demandant trop d'efforts de mémoire comme aux guichets de X \_\_\_\_\_, la diminution de rendement étant toutefois estimée à moins de 20 % et une activité plutôt manuelle est mieux adaptée. L'assuré est totalement capable de travailler dans une profession sédentaire, les mesures professionnelles ne sont pas nécessaires, la dernière profession exercée étant exigible. Le rapport contient une anamnèse précise et détaillée. S'agissant des plaintes du patient, il signale que la situation s'est détériorée depuis 2005 s'agissant de la hanche droite, avec apparition de douleurs, mobilité réduite; pour le pied gauche, suite à l'arthrolyse de 2001, la mobilité est limitée mais il y a peu de douleurs. Il signale des douleurs de l'épaule droite depuis quelques semaines, pour lesquelles il va consulter. Sur le plan cardiovasculaire, l'assuré mentionne un essoufflement à l'effort limitant le périmètre de marche à 300 mètres, ainsi que d'occasionnelles douleurs thoraciques survenant parfois au repos et parfois à l'effort, quatre à cinq fois par année. Sur le plan psychique, l'assuré mentionne un trou de mémoire qui concerne une période d'environ 10 ans depuis son AVC, il lui manque des mots qu'il doit chercher et il s'énerve. Il ne se plaint pas de troubles dépressifs et indique avoir cessé toute consommation d'alcool depuis 2002. S'agissant des données objectives, l'expert relève une réduction de la mobilité articulaire de la hanche droite avec apparition de douleurs dès 80° de flexion et l'absence de rotation interne. A gauche, la mobilité est

meilleure et indolore. Au genou droit, la manœuvre de Lachmann est légèrement positive et à gauche, l'articulation est sèche, stable, et la rotule sans particularité. La cheville gauche présente une importante réduction de la mobilité du pied en inversion-éversion. Une réduction douloureuse de la mobilité de l'épaule droite est constatée, l'auscultation cardiaque et pulmonaire est sans particularité. Du point de vue psychique, aucun trouble n'est constaté. L'examen de l'échocardiographie du 30 octobre 2009 indique une diminution discrète à modérée de la fonction ventriculaire gauche, une sclérose aortique, une valve mitrale discrètement épaissie et l'examen du dossier radiologique confirme la prothèse totale de la hanche droite et l'arthrodèse du pied gauche. Procédant à la discussion du cas, les experts procèdent à une synthèse de l'histoire médicale de l'assuré. Sur le plan cardiovasculaire, malgré l'absence d'examen d'ergométrie standard, refusé par l'assuré, les experts admettent qu'il existe un certain degré d'essoufflement dans le cadre d'une insuffisance cardiaque, bien que cliniquement, il paraisse bien compensé, sans contre-indications à une activité sédentaire. Sur le plan psychique, l'assuré se dit abstiné et guéri de sa dépression, mais souffre de problèmes de mémoire, dont il n'est pas gêné outre mesure. Le visage de l'assuré, son comportement jovial et désinhibé, le léger foetor décelé en début d'entretien et une certaine désinhibition impliquent un léger doute quant à l'abstinence de l'assuré, mais les experts indiquent que le problème d'alcool avec consommation actuelle ou non n'entravent pas la capacité de travail actuellement, raison pour laquelle ils ont renoncé à faire des recherches dans le sang, tout en relevant le déni de toute la problématique alcoolologique qui est flagrant chez l'assuré. L'avis médical du SMR du 28 mai 2010 résume les rapports médicaux recueillis ainsi que l'expertise du CEMED et retient une incapacité de travail de 100 % du 3 juillet 2005 (sur infection de prothèse de hanche) au 3 août 2006 (fin d'incapacité pour problème cardiaque) et du 19 décembre 2006 au 15 février 2007 (hernie inguinale bilatérale opérée). Les limitations fonctionnelles retenues par le CEMED sont à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. Par projet du 22 juillet 2010, l'OAI a envisagé d'accorder à l'assuré une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 3 juillet au 31 octobre 2006, et du 19 décembre 2006 au 15 février 2007. Par pli du 8 septembre 2010, l'assuré a communiqué son désaccord avec le projet de décision, qui ne tient pas compte des fortes douleurs aux hanches et dans le dos, suite à la surinfection de la prothèse de la hanche droite, de l'importante fatigue due au problème cardiaque, des difficultés de concentration et de mémoire en raison des multiples AVC, du filet posé en raison d'une hernie inguinale bilatérale, des douleurs de l'épaule droite. Tous les médecins des HUG des différents services qui le suivent n'ont pas été interrogés sur son état de santé, de sorte que l'instruction médicale est lacunaire. Selon l'avis du SMR du 23 septembre 2010, l'assuré ne fournit pas d'élément susceptible de modifier les conclusions prises, les problèmes de hanches, de cœur et neurocognitifs ayant tous été évalués au CEMED. L'assuré s'est remarié le 1<sup>er</sup> octobre 2010. Par décision du 11 avril 2011, l'OAI a maintenu son projet et a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2006 et du 1<sup>er</sup> décembre 2006 au 28 février 2007, motif pris que selon l'avis du SMR, les éléments apportés ne permettent pas de modifier sa position et que l'aggravation intervenue en juillet 2005 est due à une atteinte préexistante (complication tardive de l'atteinte à la santé diagnostiquée en 1994). Par acte du 19 mai 2011, l'assuré forme recours et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps dès le 1<sup>er</sup> février 2005. Il fait valoir que l'expertise pluridisciplinaire du 16 mars 2010 est lacunaire, ne tient pas compte de l'hernie inguinale bilatérale, ne comporte pas de volet neurologique, n'investigue pas

sérieusement les problèmes cardiologiques et pneumologiques. L'examen et les constatations des médecins sur le plan orthopédique sont succincts et peu convaincants. De plus, les conclusions de l'expertise sont incohérentes : les experts relèvent que le rendement est diminué de 20 % dans une activité demandant des efforts de mémoire, tout en prétendant le contraire. En second lieu, le recourant fait valoir que l'instruction effectuée par l'OAI est aussi lacunaire, les médecins des HUG n'ayant pas été interpellés depuis 2006 et l'avis médical du Dr K\_\_\_\_\_ étant flou. L'assuré fait valoir qu'il souffre de diverses atteintes à sa santé, invalidantes et impliquant une totale incapacité de travail : le Dr G\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail de 100 % depuis 2005 et le Dr L\_\_\_\_\_ ajoute l'existence d'un trouble ventilatoire, pulmonaire obstructif discret, ainsi que toute une série de comorbidités. En raison des limitations constatées sur le plan physique, concernant l'appareil locomoteur, le plan cardiaque, et sur le plan psychique, seule une activité dans un atelier protégé, avec un rendement fortement diminué, semble envisageable. D'ailleurs, l'OAI n'indique pas quelle activité respecterait les limitations retenues par le Dr K\_\_\_\_\_, qui admet l'exigibilité d'une activité essentiellement assise avec possibilité de changer fréquemment de position, sans station debout, sans port de charges, sans franchissement répété d'escaliers ou d'échelles, sans marche sur un terrain inégal, avec des difficultés de mémoire, qui est à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. L'assuré produit plusieurs pièces à l'appui de son recours. Le rapport médical du 12 mai 2011 du Dr M\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de chirurgie, mentionne l'apparition progressive de douleurs à l'épaule droite. L'examen clinique révèle des amplitudes articulaires avec une rotation interne limitée à D7 contre D5 à gauche et la manœuvre de JOBE est clairement positive. Le bilan radiologique et l'exploration chirurgicale ont confirmé une lésion de la coiffe des rotateurs droits ainsi qu'une tendinopathie de long chef de son biceps. Une arthroscopie a été pratiquée le 6 janvier 2011 avec une évolution qui n'est pas encore favorable et la capacité de travail de l'assuré est nulle de ce fait. Le calcul du degré d'invalidité n'est pas de son ressort mais l'analyse des antécédents médicaux du patient tend à démontrer un degré d'invalidité élevé qu'il laisse le soin à l'assurance-invalidité de réévaluer. Le rapport du 8 avril 2011 du Dr N\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé du service de neurologie, rappelle que l'assuré a été hospitalisé pour la première fois en 2006 à la suite de plusieurs accidents vasculaires cérébraux régressifs se manifestant par l'apparition d'un hémisyndrome moteur brachio-facial gauche ainsi que par des troubles du langage. Une nouvelle hospitalisation a eu lieu en septembre 2009, en raison d'une aggravation des sténoses carotidiennes, toutefois transitoires, le contrôle de juillet 2010 a montré une stabilité des lésions. Compte tenu des éléments précités, et sur le plan uniquement neurologique, sans tenir compte de la pathologie cardiaque et orthopédique, il estime que la capacité de travail est de l'ordre de 70 à 80 % , compte tenu des possibilités de diminution de rendement eu égard à la pathologie vasculaire. Le rapport médical du Dr G\_\_\_\_\_ du 14 mai 2011 indique que sur le plan cardiovasculaire, la situation actuelle est stabilisée et contrôlée sous traitement et n'affecte plus de façon significative la capacité de travail éventuelle. Sur le plan orthopédique, l'impotence fonctionnelle résiduelle affectant à la fois les membres et dans une moindre mesure le squelette axial reste incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle, à la fois pour des travaux en station assise ou debout prolongée. Le rapport du 30 décembre 2010 du Dr O\_\_\_\_\_, cardiologue, indique que l'évolution est stable et, malgré la présence de facteurs de risque cardiovasculaire, la scintigraphie myocardique ne relève pas d'ischémie cardiaque à l'heure actuelle, de sorte qu'une anesthésie générale en vue d'une

chirurgie orthopédique comporte un risque faible d'événements cardiovasculaires. Le rapport du 21 octobre 2010 de l'Institut de radiologie de la Clinique des Grangettes mentionne une sinusopathie obstructive maxillo-ethmoïdale, prédominant à gauche. Le rapport du 30 septembre 2010 du Dr J. P \_\_\_\_\_, chef de clinique en cardiologie aux HUG, indique que le patient souffre de douleurs rétro-sternales typiques de repos et d'effort. L'examen est superposable à celui effectué en 2008 et 2009, de sorte que le médecin ne retient pas d'indication à effectuer une nouvelle coronarographie. Une amélioration de la fréquence des épisodes de douleurs est notée sous traitement de bêtabloquant. Le rapport de radiologie du 7 décembre 2009 mentionne des données dorsolombaires sans anomalie notable hormis celle d'une légère arthrose au niveau des apophyses articulaires postérieures en regard des espaces inter-somatiques L4-L5 et L5-S1. Par pli du 20 juin 2011, l'OAI conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, sur la base de l'avis du SMR du 31 mai 2011. L'avis médical du SMR précité, signé par les Drs K \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_, rappelle les diagnostics retenus par le CEMED, ainsi que les conclusions des experts mandatés. Le SMR observe que les constats de l'expert cardiologue sont confirmés par des résultats comparables des examens cardiologiques ultérieurs et que l'interniste traitant partage la conclusion de l'expert cardiologue, soit l'absence de limitations supplémentaires par l'affection cardiologique. Une appréciation du Dr N \_\_\_\_\_, neurologue, du 8 avril 2011, qui retient une capacité de travail de 70 à 80 % du point de vue neurologique, se rapproche de la conclusion des experts, qui admettent une capacité de travail de 80 à 90 % dans l'activité habituelle. Par contre, le problème de l'épaule, modéré lors de l'expertise, a motivé par la suite des investigations et une prise en charge spécialisée, avec une intervention le 6 janvier 2011, soit avant la décision litigieuse du 5 avril 2011. Dans cette situation d'aggravation vraisemblable, une reprise de l'instruction paraît indiquée. Ce préavis a été transmis à l'assuré, qui dépose, le 8 juillet 2011, des observations. Il estime que l'Office AI a largement eu le temps d'instruire le dossier et qu'un renvoi impliquerait inmanquablement une prolongation de la procédure. Il estime qu'en associant l'incapacité de travail due à la problématique neurologique et orthopédique, on démontre que la capacité de travail globale est nulle, sans autre instruction médicale nécessaire. Si la Cour estime être insuffisamment renseignée, il convient de mettre en place une expertise judiciaire pluridisciplinaire. La cause a été gardée à juger le 12 juillet 2011. 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'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 date du 5 avril 2011, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI (4<sup>ème</sup> révision) et le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI relatives à la 5<sup>ème</sup> révision. Cependant, les faits pertinents, notamment l'aggravation de l'état de santé, remontent à mi-2005 et la dernière demande déposée date du 7 février 2006. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné selon des nouvelles normes de la LPGA et selon des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, les modifications consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision étant seulement applicable en cas d'aggravation de l'état de santé ou autre modification dès le 1er janvier 2008 et ce, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), sera déclaré recevable. Le litige porte sur la capacité de travail de l'assuré et, partant, sur son droit à une rente d'invalidité dès février 2005. a) Est réputée invalidité, la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI dès le 1er janvier 2003). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA en vigueur dès le 1er janvier 2003). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). b) En vertu de l'art 29 LAI en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins et a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% pendant une année sans interruption notable. Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29 ter RAI). Dès le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1er LAI précise que l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29 ter RAI). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. En vertu de l'art. 48 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24 al. 1er LPGA (al. 1er). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1er LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si

l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al. 2). En dérogation à l'art. 24 al. 1<sup>er</sup> LPGA, le Conseil fédéral peut limiter le droit au remboursement de certaines mesures de réadaptation exécutées avant qu'elles n'aient été agréées (al. 3). a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174 ). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). La jurisprudence considère à cet égard que sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, s'il est vrai

que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références). a) Le revenu d'invalidité 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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) 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, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). c) Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail ou de gain sur le

marché du travail. Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration ou au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 page 64). d) 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 LPG), 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Le Tribunal cantonal, respectivement le Tribunal administratif fédéral, doit mettre en oeuvre les expertises médicales lorsqu'il constate qu'une instruction est nécessaire, ceci afin de garantir l'égalité des armes au procès. A titre d'exception, un renvoi à l'Office AI demeure possible lorsqu'il est seul en mesure de répondre à une question non éclaircie ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (arrêt 9C\_646/2010). En l'espèce, il sied de relever d'abord que l'incapacité de travail médicalement attestée a débuté le 3 juillet 2005 de sorte que le délai de carence d'un an échoit le 1<sup>er</sup> juillet 2006, ce qui correspond au début du droit à une rente pour l'assuré. Sur ce point donc la décision entreprise n'est pas critiquable. Seule l'aggravation de l'état de santé postérieure à la dernière décision de refus de prestation du 18 mai 2004, confirmée par le Tribunal des assurances sociales, est au demeurant déterminante. Ensuite, l'expertise du CEMED est convaincante et a valeur probante sur certains points, mais pas sur d'autres. En premier lieu, du point de vue cardiologique, les conclusions motivées et fondées sur tous les éléments du dossier, relèvent que les seules limitations fonctionnelles sont liées à l'essoufflement (efforts à éviter, périmètre de marche limité, etc.), de sorte que sur ce point, l'activité d'agent commercial au guichet de X\_\_\_\_\_ est adaptée. Cet avis n'est pas contesté par les autres cardiologues

que l'assuré a consultés, et qui relèvent que les douleurs thoraciques sont soulagées par une médication efficace. Quant à l'avis contraire du Dr G \_\_\_\_\_ sur ce point, il n'a pas été motivé malgré la demande du SMR. En second lieu, sur le plan psychique, les experts retiennent, à l'instar de tous les autres médecins qui se sont exprimés à ce sujet, que l'état dépressif de l'assuré s'est amendé depuis 2003 et le médecin traitant confirme en 2006 que ce trouble a disparu. Par contre, les experts évitent d'examiner la question de l'alcoolisme du recourant, cas échéant des autres troubles psychiques dont il souffre peut-être (liés au déni, consécutifs à des alcoolisations excessive durant de nombreuses années, etc.), malgré un doute quant à l'abstinence, dès lors que ces éléments n'auraient pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré, sans que l'on sache sur quel élément ils se basent pour l'affirmer, ce d'autant plus que l'assuré n'a jamais repris le travail depuis janvier 2001. En troisième lieu, du point de vue ostéo-articulaire, les experts confirment les limitations fonctionnelles concernant les hanches et la cheville de l'assuré (marche de longue durée ou en terrain inégal, station debout prolongée, montée et descente répétée d'escaliers), qui sont fondées sur les examens radiologiques et, dans une moindre mesure, sur leurs constatations objectives, et retient ainsi que la situation est inchangée, aucune limitation n'empêchant l'exercice d'une activité en position assise avec possibilité de changer les positions. Ils ne tiennent ainsi pas compte, sans justifier leur position par l'examen des radiographies ou l'absence de médication suivie, des plaintes de l'assuré, qui déclare des douleurs plus importantes et une limitation accrue de la mobilité, suite à l'implantation de la seconde prothèse totale de la hanche droite, et ce malgré la constatation objective d'une mobilité limitée et plus douloureuse à droite qu'à gauche. En quatrième lieu, l'hernie inguinale est sans conséquence sur la capacité de travail de l'assuré selon le spécialiste en chirurgie viscérale ayant suivi l'assuré. En dernier lieu, l'expertise n'a pas comporté de volet neurologique, alors que les spécialistes qui ont suivi l'assuré attestent des conséquences sur sa mémoire et sa concentration, notamment, des multiples AVC subis depuis 2004. Compte tenu de cette absence d'examen spécialisé, les experts ne peuvent pas affirmer que ces conséquences "ne gênent pas l'assuré", (celui-ci ne travaille pas) et, par une évaluation très approximative et non motivée, implique une diminution de rendement de 20%. L'avis du Dr N \_\_\_\_\_ n'est toutefois pas suffisamment étayé pour que la Cour puisse retenir que le trouble neurologique implique une incapacité de travail de 20% à 30%, ce qui, au demeurant, n'est pas totalement équivalent à une diminution de rendement. Surtout, les conclusions des experts sont contradictoires, voire incomplètes dès lors qu'ils retiennent que l'assuré peut travailler à 100% dans sa dernière activité d'agent commercial, tout en admettant que, compte tenu des problèmes de mémoire, il serait préférable qu'il effectue un travail manuel, lequel est en grande partie rendu impossible en raison des limitations ostéo-articulaires. Ainsi, l'expertise du CEMED n'est pas suffisamment probante pour retenir que l'assuré a une pleine capacité de travail, sauf durant les périodes d'incapacité admises. A cela s'ajoute le trouble ostéo-articulaire dont souffre l'assuré, dont il se plaignait déjà lors de l'expertise et qui a été objectivé ensuite, mais avant la décision dont est recours. Toutefois, ni l'avis du médecin traitant, ni ceux des autres spécialistes ne permettent de retenir que l'assuré n'a plus aucune capacité de travail, ni d'établir quelle serait sa capacité de travail résiduelle et dans quelle activité. D'ailleurs, le SMR relevait que les limitations fonctionnelles retenues par le CEMED devaient être traduites en termes de métier par un spécialiste en réadaptation, ce qui n'a pas été fait. En tant qu'elle retient une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure, la décision entreprise est infondée et doit être annulée. Ainsi et contrairement à l'avis changeant de l'assuré, qui se plaint d'abord d'une instruction

lacunaire de l'OAI, puis estime qu'elle est suffisante pour lui octroyer une rente entière, il s'avère qu'une instruction complémentaire est nécessaire. Celle-ci doit porter sur les affections neurologiques de l'assuré et leur conséquences sur sa capacité de travail, sur son alcoolisme, et en cas d'abstinence, les conséquences sur sa santé psychique et physique, sur les suites objectivées de la seconde implantation de prothèse et l'ensemble des troubles ostéo-articulaires, y compris à l'épaule. Surtout, cette expertise multidisciplinaire large doit précisément examiner les conséquences globales et combinées des nombreuses affections de l'assuré, y compris de celles qui, prises séparément, n'ont pas d'incidence sur un travail sédentaire. On pense par exemple à l'essoufflement, à la fatigue et aux douleurs liées aux troubles cardiaques, à l'obstruction liée aux troubles pneumologiques, etc. De plus, les constatations médicales doivent être confrontées à une évaluation concrète des capacités physiques et neurologiques de l'assuré, de sorte qu'une expertise incluant un séjour de plusieurs jours dans une clinique spécialisée dans la réadaptation paraît nécessaire. Certes, la Cour pourrait elle-même ordonner une telle expertise, mais si celle-ci aboutit à la conclusion que l'assuré ne peut plus travailler dans sa précédente activité, ses problèmes de mémoire et/ou de concentration excluant la vente d'abonnements de bus et la gestion d'une caisse, mais qu'il dispose d'une capacité résiduelle dans une activité adaptée, il faudra de toute façon renvoyer la cause à l'intimé pour déterminer quelle activité est adaptée, si une mesure professionnelle est nécessaire et, in fine, pour procéder à la comparaison des revenus, se prononcer sur l'abattement du salaire statistique retenu afin de déterminer le taux d'invalidité. Pour ce motif, conforme à la jurisprudence, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. L'inquiétude de l'assuré, qui a déposé sa demande en 2006 et qui craint que l'instruction soit encore prolongée de plusieurs années est légitime. Toutefois, il semble que l'ensemble des médecins traitants et spécialisés se soient suffisamment prononcés sur l'évolution de son état de santé, de sorte qu'il est inutile de tous les interpellés à nouveau, l'expertise multidisciplinaire pouvant, quant à elle, être mise sur pied dans un délai de quelques mois. Ainsi, le recours est partiellement admis, la décision du 5 avril 2011 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), 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 cantons 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). Un émoulement de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 1'500 fr. en faveur du recourant, qui obtient partiellement gain de cause et, au vu du nombre d'écritures et en l'absence d'audiences. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement, annule la décision du 5 avril 2011 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Met un émoulement de 200 fr. à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de 1'500 fr. en faveur du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE),

par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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