

## **GE\_GERICHTE A/1676/2011 vom 24. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1676\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1676_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1676/2011 du 24 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/1676/2011 del 24 novembre 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

ème Chambre En la cause Monsieur Y \_\_\_\_\_, domicilié à Genève recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur Y \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1954, d'origine tunisienne, informaticien de formation, arrivé en Suisse en 1981, a exercé une activité en tant qu'indépendant dans l'import/export dès 1999. Sa société étant tombée en faillite en 2006, l'assuré a ensuite travaillé à l'Etat de Genève, puis en tant que chauffeur professionnel de limousine sur appel à 20% jusqu'en 2008. En 2004, l'assuré a été hospitalisé en raison d'un infarctus aigu. En 2005 et en 2008, l'assuré a subi deux angioplasties coronariennes en raison d'une maladie coronarienne sévère. Le 23 juillet 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). Par rapport reçu par l'OAI le 23 décembre 2009, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne, a diagnostiqué une maladie coronarienne sévère existant depuis 2005. L'incapacité de travail était totale depuis 2006 et on ne pouvait exiger de l'assuré une reprise de l'activité lucrative. Par rapport reçu par l'OAI le 12 mars 2010, le Dr A \_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré souffrait d'une maladie sévère des trois vaisseaux, d'un angor stable, d'un diabète et d'une hypertension. Tout stress décompensait l'angine de poitrine et l'assuré disait ne pas pouvoir travailler. Le test d'effort était électriquement positif et les facteurs de risque étaient maîtrisés. Selon le médecin, un travail lourd ou physique était exclu. Un travail de bureau pourrait être envisagé. Par rapport reçu par l'OAI le 4 juin 2010, le Dr A \_\_\_\_\_ a ajouté que la coronaropathie sévère était actuellement stable, l'hypertension était traitée et l'angor était compensé. L'assuré ne pouvait faire aucun effort physique moyen. L'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Par rapport du 2 novembre 2010, il a diagnostiqué, suite à des examens effectués les 7, 20 septembre et 21 octobre 2010, avec répercussion sur la capacité de travail, une maladie coronarienne diffuse, asymptomatique, stabilisée et un ancien infarctus de la paroi diaphragmatique, depuis 2004. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un diabète sucré de type II et une obésité (depuis 2003), une hypertension artérielle (depuis 2003), de la goutte articulaire, une anémie microcytaire discrète d'origine mixte (ferriprive et thalassémie) ainsi qu'un état anxieux. Lors de l'expertise, l'assuré ne présentait pas d'angor, ni d'insuffisance cardiaque, mais il existait une ischémie myocardique silencieuse à l'effort qui pouvait être majorée par le stress. La maladie coronarienne était actuellement stable, de sorte qu'une activité de type employé de bureau était possible. Les efforts physiques moyens, le port de charges ainsi qu'une activité générant du stress étaient contre-indiqués. L'activité habituelle de direction dans une société d'import-export ne comportait pas d'activité physique de type port de charges ou livraison de colis lourds ; elle était donc toujours possible à plein temps, avec une

diminution de rendement de 20% en raison de la nécessité d'éviter le stress. Des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées. L'assuré n'avait jamais participé à un programme de réadaptation cardiovasculaire à l'effort. Or, ce programme pouvait améliorer l'état cardiaque de l'assuré, renforcer sa confiance en lui-même, diminuer les craintes face à la maladie coronarienne et à l'activité physique, améliorer le diabète et diminuer le poids. L'évolution de la capacité de travail avait été : nulle de mars à août 2004, 50% dès le 1<sup>er</sup> septembre pendant deux mois, puis totale. Par rapport du 17 janvier 2011, la Dresse C\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), s'est ralliée aux conclusions de l'expert. La capacité de travail avait été nulle de mars 2004 au 1<sup>er</sup> septembre 2004, à 50% du 2 septembre au 2 novembre 2004, et totale dès le 3 novembre 2004 dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20%. Par projet de décision du 14 mars 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de reclassement et de rente. En comparant le salaire avec invalidité qu'il pouvait obtenir en 2011 (41'643 fr.) dans une activité simple et répétitive à plein temps avec une baisse de rendement de 20% et une déduction de 15% pour tenir compte de l'âge, et le salaire sans invalidité découlant des comptes individuels AVS (46'400 fr. en 2003, soit 50'618 fr. réactualisé en 2011), il en résultait un degré d'invalidité de 18%, ne permettant pas l'octroi d'une mesure de reclassement ou d'une rente. Par courrier du 8 avril 2011, l'assuré s'est opposé au projet en se référant aux rapports médicaux. Par décision du 9 mai 2011, l'OAI a maintenu sa position et nié le droit de l'assuré au reclassement et à l'octroi d'une rente. Une mesure de soutien dans les démarches de recherche d'emploi pouvait lui être octroyée sur demande écrite. Par acte du 4 juin 2011, l'assuré a interjeté recours auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision. Il rappelle notamment qu'il est malade du cœur et que les médecins consultés ont attesté depuis quelques années de son incapacité de travail totale. Par ailleurs, l'OAI avait omis, dans son calcul, de tenir compte qu'il est marié et qu'il a deux enfants. Par pli du 4 juillet 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Par pli du 3 novembre 2011, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire, cardiologique et psychiatrique, et leur a communiqué les questions qu'elle entendait poser aux experts, tout en leur impartissant un délai au 14 novembre 2011 pour compléter celles-ci. Par plis des 13 et 14 novembre 2011, les parties ont indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à faire valoir à l'encontre des experts, ni de remarques à faire concernant les questions. Sur ce, la Cour de céans a gardé la cause à juger. 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, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable en l'espèce. Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et LPGA). Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité en raison des atteintes à la santé qu'il présente. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299 ). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) 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). Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATF A non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4). En l'espèce, l'intimé considère, en se référant aux conclusions du Dr B \_\_\_\_\_, que dès novembre 2004, la capacité de travail du recourant est totale, avec une baisse de rendement de 20%, dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Le recourant est par contre d'avis que son état de santé ne lui permet pas d'exercer une activité lucrative. Il se fonde pour cela sur l'avis de son médecin traitant, le Dr A \_\_\_\_\_. Mandaté par l'intimé, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a, par rapport du 2 novembre 2010, diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une maladie coronarienne diffuse, asymptomatique, stabilisée et un ancien infarctus de la paroi diaphragmatique, depuis 2004. L'expert a précisé que le recourant ne présentait pas d'angor, ni d'insuffisance cardiaque, mais qu'il existait une ischémie myocardique silencieuse à l'effort qui pouvait être majorée par le stress. Les efforts physiques moyens, le port de charges ainsi qu'une activité générant du stress étaient contre-indiqués. L'activité habituelle de direction dans une société d'import-export ne comportait pas d'activité physique de type port de charges ou livraison de colis lourds ; elle était donc toujours possible à plein temps, avec une diminution de rendement de 20% en raison de la nécessité d'éviter le stress. L'évolution de la capacité de travail avait été : nulle de mars à août 2004, 50% du 1<sup>er</sup> septembre pendant deux mois, puis totale. Au vu de la nature des atteintes dont souffre le recourant, soit des troubles cardio-vasculaires ayant motivé à deux reprises des angioplasties coronariennes (en 2005 et en 2008), la Cour de céans est d'avis que l'on ne saurait, comme l'a fait l'intimé, se fonder sur les conclusions de l'expert, dès lors que ce dernier n'est pas spécialisé en cardiologie. En particulier, aucun élément de l'expertise ne permet de comprendre pour quelle raison l'expert retient, à titre de diagnostic principal, une maladie coronarienne diffuse, alors que tous les rapports établis par le Dr A \_\_\_\_\_, qui est spécialisé en cardiologie, font état d'une maladie

coronarienne sévère. Qui plus est, c'est de manière contradictoire que l'expert retient une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 20% dans l'activité habituelle du recourant - à savoir directeur d'une société d'import/export - alors qu'il admet que toute activité générant du stress est contre-indiquée. Enfin, l'appréciation établie par l'expert quant à la capacité de travail du recourant - 100% (avec une baisse de rendement de 20%) dès novembre 2004 dans l'activité habituelle et une activité adaptée - diverge fondamentalement de celle établie par le cardiologue traitant, qui retient une incapacité de travail totale dès 2006 (rapport reçu par l'intimé le 23 décembre 2009) et une capacité de travail dans une activité de bureau dès 2010, sans préciser toutefois à quel taux (rapport reçu par l'intimé le 19 mars 2010). Au vu de ce qui précède, la Cours de céans constate que les pièces versées à la procédure ne permettent pas de statuer sur la question des atteintes physiques dont souffre le recourant et sur leurs éventuelles répercussions sur sa capacité de travail. De surcroît, il apparaît à la lecture du rapport d'expertise, que depuis la survenue de l'infarctus en 2004, le recourant se sent fragilisé. Il a expliqué être toujours anxieux, se sentant parfois étouffé et oppressé, souffrant d'insomnies lorsqu'il a des soucis de santé et craignant un nouvel infarctus dès qu'il transpire. Il a indiqué par ailleurs se sentir malade au vu de la quantité de médicaments qu'il prend le matin, ce qui le paralyse complètement et a ajouté que s'il devait être encore plus malade, il se suiciderait (page 5 du rapport d'expertise). Si l'expert a certes diagnostiqué un état anxieux, sans répercussion sur la capacité de travail, il n'en demeure pas moins que l'on ne saurait se fonder, sans autre, sur son appréciation dès lors que ce diagnostic ne relève pas de sa spécialisation. A défaut d'informations fiables et suffisantes sur les troubles physiques et psychiques que présente le recourant, sur les éventuelles limitations fonctionnelles que ces troubles entraînent ainsi que sur leurs répercussions sur sa capacité de travail, il convient de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire, qui sera confiée au Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, et au Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Préparatoirement : Ordonne une expertise cardiologique et psychiatrique. La confie au Dr D \_\_\_\_\_ et Dr E \_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire, prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant. Examiner M. Y \_\_\_\_\_. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes : D'un point de vue cardiologique Anamnèse Données subjectives du recourant Constatations objectives Diagnostics Depuis quelle date sont-ils présents chez M. Y \_\_\_\_\_ et comment ont-ils évolué ? Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les diagnostics constatés ? Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, en pour-cent. Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant. Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Y-a-t-il une diminution de rendement ? Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les limitations fonctionnelles. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si non, pourquoi ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle ? Etes-vous d'accord avec les conclusions de l'expertise du Dr B \_\_\_\_\_ ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

Etes-vous d'accord avec les appréciations du Dr A\_\_\_\_\_ (rapports reçus par l'intimé les 23 décembre 2009 et 12 mars 2010) ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées sont-elles identiques à celles que vous auriez fournies à la date de la décision rendue par l'intimé le 9 mai 2011 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. D'un point de vue psychiatrique Anamnèse Données subjectives du recourant Constatations objectives Diagnostic Quel est son degré de gravité (faible, moyen, grave) ? Depuis quelle date est-il présent chez le recourant ? A-t-il évolué ? Quelles sont les limitations engendrées par le diagnostic constaté ? Ce diagnostic a-t-il une répercussion sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Y-a-t-il une diminution de rendement ? Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les limitations. Le recourant suit-il un traitement adéquat et s'y conforme-t-il ? Tous les traitements ont-ils été tentés ? Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur la capacité de travail du recourant. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si non, pourquoi ? En raison de ses troubles psychiques, le recourant est-il capable de s'adapter à un environnement professionnel ? Si non, pourquoi ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise professionnelle ? Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées sont-elles identiques à celles que vous auriez fournies à la date de la décision rendue par l'intimé le 9 mai 2011 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. En consilium Compte tenu des diagnostics somatiques et psychiques constatés, l'activité habituelle est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Compte tenu des diagnostics somatiques et psychiques constatés, une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Y-a-t-il une diminution de rendement ? Donner un description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les limitations. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? Si non, pourquoi ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise professionnelle ? Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2010, selon lequel le recourant a, dès novembre 2004, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20% ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond. La greffière Nancy BISIN La Présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le