

## **GE\_GERICHTE A/1814/2009 vom 1. März 2010**

GE Cour de justice, 2010-03-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1814\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1814_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/1814/2009 du 1 mars 2010

IT: GE\_GERICHTE A/1814/2009 del 1 marzo 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.03.2010  
A/1814/2009

A/1814/2009 ATAS/194/2010 du 01.03.2010 ( AI ) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1814/2009 ATAS/194/2010 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 1 er mars 2010 En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, représenté par la Fondation Suisse du Service Social International recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur S \_\_\_\_\_, (ci-après le recourant ou l'assuré), né en 1968, originaire d'Inde est arrivé en Suisse le 3 mars 1999. Depuis son arrivée, les médecins ont diagnostiqué une cardiomyopathie dilatée sévère, pour laquelle il est en attente d'une greffe cardiaque. L'assuré a séjourné au Département de médecine interne du 28 avril 1999 au 6 mai 1999. Dans leur rapport du 10 mai 1999, les Drs A \_\_\_\_\_, chef de clinique et B \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont indiqué que celui-ci a été hospitalisé en raison de douleurs abdominales diffuses avec un foie de stase sur décompensation cardiaque probable dans le contexte d'une cardiomyopathie dilatée d'étiologie indéterminée, probablement consécutive à la prise de bêtabloquants. Il présentait également une coprostase qui s'était toutefois rapidement amendée suite à un lavement. Les médecins ont précisé qu'à long terme, une transplantation cardiaque était à envisager, mais que l'assuré n'était, selon les cardiologues, pas un patient idéal au regard de l'incertitude de son avenir en Suisse et des difficultés de langue. Les dermatologues ont par ailleurs mis en évidence une possible gale. L'assuré a travaillé en tant qu'aide de cuisine " X \_\_\_\_\_ " du 1 er mars 2002 au 31 janvier 2003. Il a été licencié par son employeur suite à un certificat médical qui attestait qu'il devait changer d'activité professionnelle pour des raisons de santé. Le 3 février 2003, l'assuré s'est inscrit à l'Office cantonal de l'emploi (ci-après OCE) et a bénéficié d'indemnités dès cette date, un délai cadre d'indemnisation ayant été ouvert jusqu'au 2 février 2005. Dans un rapport médical du 12 février 2003, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, a posé comme diagnostic une cardiomyopathie sévère dont la fraction d'éjection était estimée entre 30-35% et une insuffisance cardiaque globale compensée. Il a précisé que le bilan effectué n'avait pas mis en évidence une aggravation par rapport à celui effectué en août 2002. Il a expliqué que grâce à la majoration du traitement médical, l'insuffisance cardiaque avait pu être maîtrisée et que le patient semblait être beaucoup plus compliant par rapport à son traitement actuel. Une échographie cardiaque effectuée le 22 octobre 2003 a mis en évidence un ventricule gauche sévèrement dilaté avec diminution modérée à sévère quasiment homogène de la fonction systolique, une hypokinésie sévère diffuse marquée dans les territoires antérieurs, une fraction d'éjection visuellement estimée à 20-25 %, une oreillette gauche de taille normale et une insuffisance mitrale modérée. En raison d'une toux chronique, l'assuré a subi un CT thoracique le 20 août 2004, lequel n'a pas

mis en évidence de fibrose, ni de processus infiltrant diffus, mais des discrets troubles ventilatoires périphériques. Dans un avis médical du 6 avril 2004, le Dr D \_\_\_\_\_, cardiologue FMH et médecin conseil de l'OCE, a indiqué que l'assuré pouvait exercer sa profession à raison de 50 %. Dans un préavis médical du 13 mai 2003, E \_\_\_\_\_, conseillère en personnel de l'OCE, a relevé qu'au vu de l'affection dont souffrait l'assuré, il y avait contre-indication pour une activité dans le cadre de laquelle il fallait fournir de gros efforts, de même que pour toute activité dans les vapeurs de cuisine. Une réorientation professionnelle n'était toutefois pas nécessaire, dès lors que toute activité légère pouvait être exercée et ce à raison de 100 %. Il ressort de certificats médicaux que l'assuré était en incapacité totale de travailler du 28 novembre 2002 au 31 janvier 2004 et du 21 juin 2004 au 27 avril 2004 et à 50 % du 1<sup>er</sup> février 2004 au 20 juin 2004. L'assuré a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après OCAI) une demande de prestation, le 11 avril 2005, visant à un reclassement dans une nouvelle profession ou l'obtention d'une rente. Il a indiqué avoir dû régulièrement s'absenter depuis le début de son activité pour des raisons de maladie, jusqu'à ce que son médecin le mette en incapacité de travail à 50 % ou 100 % depuis le mois de mars 1999 jusqu'à ce jour. Dans un préavis médical du 11 janvier 2005, le Dr F \_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH et médecin-conseil de l'OCE, a estimé que la capacité de travail du recourant était de 50 %. Il a précisé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais qu'une activité adaptée, soit une activité lui permettant de rester assis pendant 4 heures par jour et n'exigeant pas de lui de se tenir debout ni de rester dans la même position pendant plus d'une à deux heures par jour, pouvait être exigée à raison de 50 %. S'agissant des limitations, il fallait tenir compte du fait qu'il ne pouvait marcher davantage que 100 mètres, qu'il n'était pas capable de porter, lever ou déplacer des charges, qu'il pouvait occasionnellement faire des mouvements avec ses membres, ne pouvait exercer une activité à horaires irréguliers, ni faire des activités en hauteur et, enfin, qu'il devait éviter tout travail dans un environnement froid. Le médecin a ajouté qu'outre les problèmes liés au cœur, il s'agissait en premier lieu d'un problème d'intégration chez un demandeur d'asile. Une échographie cardiaque a été effectuée, le 28 janvier 2005, par le Dr C \_\_\_\_\_. Ce dernier a conclu à un ventricule gauche modérément dilaté avec diminution de modérée à sévère inhomogène de la fonction systolique, à une hyperkinésie sévère antérieure étendue, à une nette récupération de la fonction systolique inféro-postérieure, à une fraction d'éjection visuellement estimée à 35-40% et une insuffisance mitrale discrète. Il a relevé que l'examen avait permis de mettre en évidence une diminution des dimensions des cavités cardiaques en général avec une amélioration de la fonction systolique du ventricule gauche. Il a noté une nette récupération de la fonction systolique dans le territoire inféro-postérieur avec la persistance d'une hypokinésie sévère dans le territoire intérieur. Par ailleurs, l'insuffisance mitrale apparaissait actuellement discrète. Dans un questionnaire médical du 28 juin 2005, le Dr C \_\_\_\_\_ a précisé que l'incapacité de travail de l'assuré était de 50 %, dès le 1<sup>er</sup> février 2004, et ce dans divers travaux non qualifiés. Il a ajouté que des mesures professionnelles étaient indiquées. Dans un rapport médical du 29 juin 2005, le Dr C \_\_\_\_\_ a posé comme diagnostic une cardiomyopathie dilatée sévère et une insuffisance cardiaque globale. Il a précisé que le cas de l'assuré avait été présenté à l'unité de transplantation cardiaque de l'HOPITAL CANTONAL DE GENEVE (ci-après HUG), mais que ce dernier n'était pas un candidat idéal. Sur le plan symptomatique, il a ajouté que l'assuré restait en insuffisance cardiaque stade II-III, présentant une dyspnée à l'effort, parfois même de faible intensité. Objectivement il était actuellement bien compensé sur le

plan de l'insuffisance cardiaque et restait toujours en rythme sinusal régulier malgré la dilatation très importante des cavités cardiaques. Il a relevé qu'il y avait une nette amélioration depuis l'échographie de janvier 2005 s'agissant de la dilatation des cavités cardiaques aujourd'hui estimée à 35-40 %. Sur le plan professionnel, l'assuré pouvait, selon lui, reprendre un travail sédentaire à 50% mais ce dernier restait extrêmement handicapé par son incapacité de communiquer en français et une intégration sociale extrêmement médiocre. Par projet de décision du 13 décembre 2006, l'OCAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré au motif que l'invalidité était préexistante à son entrée en Suisse et que ce dernier ne comptait pas une année d'assurance au moins lors de la survenance de son invalidité. Dans un courrier du 16 janvier 2007, l'assuré a contesté ledit projet, alléguant, pièce à l'appui, avoir travaillé pendant 9 mois de mai à décembre 2002 en tant que garçon de cuisine et ayant par la suite été au chômage et apte au placement. Il n'était par conséquent pas invalide lorsqu'il était arrivé en Suisse. Il a également précisé qu'il travaillait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 à mi-temps en qualité d'aide de cuisine. Le 11 septembre 2007, l'assuré a été licencié pour le 30 septembre 2007, en raison de son absence depuis le 3 mars 2007 pour cause de maladie. Par décision du 19 septembre 2007, l'OCAI a indiqué que suite à l'opposition susmentionnée, il avait transmis le dossier à son service médical, lequel avait constaté qu'il n'y avait pas d'indication médicale pour une aggravation récente. Par conséquent, la demande était rejetée. Suite à une échographie effectuée le 18 novembre 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a conclu à une dilatation modérée à importante du ventricule gauche avec une diminution inhomogène sévère de la fonction systolique, une akinésie antéro-septale étendue, une fraction d'éjection visuellement estimée à 30 % et une insuffisance mitrale discrète. Le médecin a précisé qu'il n'y avait pas de changement depuis le dernier contrôle effectué en mai 2008. Le recourant a sollicité, le 9 janvier 2009, la révision de la décision précitée, au motif qu'il souffrait d'une maladie cardiologique grave et invalidante. Dans un rapport du 5 février 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostic une cardiomyopathie dilatée sévère et une insuffisance cardiaque globale. Le médecin a précisé qu'après une légère amélioration, il y avait deux ans, l'échographie transthoracique effectuée en novembre 2008 avait révélé une dilatation modérée à sévère des cavités cardiaques avec une diminution modérée à sévère de la fonction systolique du ventricule gauche, actuellement estimée à 30 %, ce qui représentait une légère péjoration par rapport au bilan effectué en 2006. Dans un projet de décision du 17 février 2009, l'OCAI a nié tout droit à une quelconque rente au motif qu'il n'existait aucune Convention d'assurance sociale entre l'Inde et la Suisse, qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré et que les pathologies dont souffrait ce dernier dataient de 1998 et étaient par conséquent antérieures à son arrivée en Suisse. Le Dr. G\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin-traitant a attesté, dans un certificat médical du 6 mars 2009, qu'il suivait l'assuré depuis 2006 et que ce dernier souffrait d'une cardiomyopathie sévère compensée par un traitement médical lourd et important. Il a ajouté qu'après une légère amélioration de son état de santé il y a deux ans, une dilatation modérée à sévère des cavités et de la fonction systolique du ventricule gauche avait été mise en évidence à la fin de l'année 2008. Par ailleurs, outre une insuffisance respiratoire dont les épisodes étaient actuellement de plus en plus rapprochés, ce dernier avait développé de l'asthme dont les crises étaient fréquentes ainsi que des problèmes dermatologiques chroniques, lesquels rendaient toute activité impossible. Par ailleurs, l'assuré présentait depuis plusieurs mois des symptômes dépressifs avec insomnie, tristesse, et difficultés à se concentrer nécessitant une consultation spécialisée. Au vu de ce qui précède, il estimait difficile d'envisager une activité

professionnelle, même partielle, à plus ou moins long terme. Par courrier recommandé du 17 mars 2009, l'assuré s'est opposé au projet de décision du 17 février 2009. Il a allégué qu'en raison de ses troubles liés au cœur, le Dr C\_\_\_\_\_ avait estimé que sa capacité de travail dans une activité sédentaire s'élevait à 50 %. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait quant à lui estimé que la fréquence des crises asthmatiques rendait toute activité impossible et avait par ailleurs mis en évidence des symptômes dépressifs nécessitant une consultation spécialisée. Un certificat des HUG du 4 mars 2009 faisait état d'une toux chronique décompensée depuis trois semaines et enfin, un certificat des HUG du 10 mai 1999 indiquait en substance qu'une transplantation devait être envisagée à long terme. Enfin, l'assuré a précisé qu'il avait obtenu, le 6 décembre 2001, une admission provisoire en Suisse en raison de l'inexigibilité de son renvoi pour des motifs médicaux. Le 30 mars 2009, le Dr H\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de psychiatrie des HUG a rendu un rapport médical suite à une consultation de l'assuré. Ce médecin a posé comme diagnostic CIM-10 provisoire un épisode dépressif d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques, une cardiomyopathie dilatée, une stéatose hépatique, une œsophagite peptique, une insuffisance cardiaque globale, et une bronchite asthmatiforme. Le médecin a relevé une importante tristesse et des idées de mort passives suite à l'information de sa cardiomyopathie dilatée sévère, laquelle nécessitait une transplantation cardiaque pour laquelle l'assuré n'était pas prioritaire. Il a précisé que ce dernier avait été adressé à la Consultation des Eaux-Vives compte tenu de l'absence d'idéation suicidaire active, de l'impossibilité de créer un lien thérapeutique avec le patient et de l'aider dans l'acceptation de sa maladie handicapante. Il a estimé l'incapacité de travail de l'assuré à 100 %. Par décision du 22 avril 2009, l'OCAI a refusé tout droit à une rente, au motif que le problème cardiaque avait été reconnu mais était préexistant à l'arrivée en Suisse de l'assuré, que de surcroît l'asthme dont souffrait le recourant était vraisemblablement un asthme cardiaque, c'est-à-dire dû à une insuffisance respiratoire engendrée par la surcharge liquidienne au niveau pulmonaire secondaire à l'insuffisance cardiaque et que par conséquent cet asthme faisait donc partie de la maladie cardiologique. Par ailleurs, aucune aggravation n'était attestée par le Dr C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 février 2009. En ce qui concerne le problème dermatologique, il s'agissait, selon la lettre de sortie du 10 mai 1999 des HUG, d'un problème de prurit sur possible gale versus cholestase, atteinte qui était chronique et non incapacitante. Enfin, l'OCAI estimait que l'état dépressif semblait peu important puisqu'il n'était pas traité et, jusqu'ici, pas pris en charge de façon spécialisée. Par conséquent, il n'y avait aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré. Par courrier recommandé du 25 mai 2009, l'assuré a interjeté recours contre la décision susmentionnée auprès du Tribunal de céans. En substance, il allègue que postérieurement à son arrivée en Suisse, il disposait d'une capacité de travail entière, du 1<sup>er</sup> mai au 28 novembre 2002 et du 1<sup>er</sup> février au 30 septembre 2003 et que cette capacité de gain durant respectivement sept et huit mois, entre mai 2002 et septembre 2003 (sauf les deux mois d'incapacité totale entre décembre et janvier 2003), aurait dû conduire l'intimé à admettre l'existence, depuis son arrivée en Suisse, d'un nouveau cas d'assurance. Par conséquent, la décision initiale de l'OCAI du 19 septembre 2007 était erronée, dès lors que postérieurement à septembre 2003, sur le plan cardiologique, sa capacité de travail avait été sensiblement réduite, d'abord à 100 % (dès octobre 2003) puis à 50 % (dans une activité adaptée) depuis le 1<sup>er</sup> février 2004 jusqu'à ce jour. Pour ce même motif, la décision de l'OCAI du 22 avril 2009 était également erronée. De surcroît, comme l'avait attesté le Dr G\_\_\_\_\_, le 9 mars 2009, sa capacité de travail était actuellement nulle vu ses atteintes somatiques et psychiques. Au vu de ce qui précède, au moment où il avait déposé sa

première demande de prestations, le 12 avril 2005, respectivement lors du dépôt de sa demande de révision le 8 janvier 2009, il remplissait les conditions d'octroi de rente ayant par ailleurs cotisé au moins une année, dans le cadre de son activité d'aide cuisinier. Par conséquent, il avait à tout le moins droit à une demi rente d'invalidité puisque sur le plan strictement physique, il n'était pas contesté que, depuis, le 1<sup>er</sup> février 2004, sa capacité de travail s'élevait à 50 % dans une activité adaptée. Il relève également que dans sa décision, l'OCAI a estimé qu'il n'existait aucune affection psychique invalidante dès lors que le cas n'avait pas été traité et qu'il n'y avait pas de prise en charge spécialisée. Cette argumentation est, selon le recourant, contraire à la jurisprudence fédérale, laquelle prévoit qu'une investigation psychiatrique doit être effectuée lorsque des souffrances psychiques paraissent dans un dossier. Par conséquent, la décision litigieuse porte sur une constatation doublement incomplète des faits, s'agissant, d'une part, de l'interruption de son incapacité de travail en Suisse et, d'autre part, de l'absence d'investigation s'agissant de ses limitations psychiques. C'est également de façon hâtive que l'OCAI avait retenu que les troubles dermatologiques n'étaient pas invalidants et que l'asthme cardiaque "selon toute probabilité" n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail de 50 % reconnue par le Dr C\_\_\_\_\_.

Il conclut ainsi à l'octroi d'un délai pour la production d'un rapport d'un psychiatre et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, sous réserve d'amplification. Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2009, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique limitée aux frais indispensables à la conduite de la procédure. Le recourant a transmis au Tribunal de céans, par courrier du 31 août 2009, un rapport médical de la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin interne du département de psychiatrie des HUG du 27 août 2009. Cette dernière y atteste avoir suivi l'assuré depuis le 24 mars 2009. Elle a relevé chez lui un ralentissement psychomoteur marqué, une thymie triste avec des idées de mort sans projet précis et une aboulie avec une anhédonie et insomnie. L'échelle de MADRS confirmait une dépression sévère chiffrant à 40 sur 60 et le HAD 10 sur 21 pour l'anxiété et 17 sur 21 s'agissant de la dépression. Cette symptomatologie avait débuté il y a quatre ans environ et s'était péjorée depuis deux ans, date de son arrêt de travail, selon le médecin généraliste et l'entourage de l'assuré. Ce dernier était devenu très isolé socialement, ne sortant pratiquement plus de chez lui. La réponse au traitement suivi était pour l'heure médiocre. Au vu de ce qui précède, elle a estimé la capacité de travail de l'assuré nulle en tenant compte de cette symptomatologie, et ce depuis deux ans. Le pronostic était par ailleurs réservé en raison des limitations de traitements médicamenteux (vu la pathologie cardiaque) et des limitations sur le plan psychothérapeutique, à savoir l'incapacité de communiquer en français et en anglais. Dans ces circonstances, son intégration sociale restait extrêmement limitée. Le recourant a également précisé que son dernier contrat de travail avait été résilié le 11 septembre 2007 pour cause de maladie depuis le 3 mars 2007, son médecin-traitant ayant par ailleurs attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 25 mai 2007. Il a également relevé que le diagnostic psychiatrique de la Dresse I\_\_\_\_\_ n'avait pas été pris en considération par l'intimé, de sorte qu'il constituait un fait nouveau susceptible d'entraîner la révision de la décision initiale du 19 septembre 2007. Par ailleurs, dès lors que l'état dépressif avait été qualifié de modéré par la Dresse TREAND, l'OCAI avait estimé à tort qu'il ne présentait pas d'aggravation de son état de santé, étant par ailleurs précisé que cette atteinte justifiait une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007. Par courrier du 13 octobre 2009, le Dr D. H\_\_\_\_\_, sur demande du Tribunal de céans, a apporté plusieurs précisions. Il a posé comme diagnostic un épisode dépressif majeur d'intensité sévère, une modification durable de la personnalité liée à un syndrome d'insuffisance cardiaque chronique, une

cardiomyopathie dilatée, et une insuffisance cardiaque gauche (fraction d'éjection de 20 %). La symptomatologie dépressive et la modification de la personnalité étaient présentes depuis au moins deux ans et leur évolution restait imprévisible en raison de plusieurs facteurs ne permettant pas à l'assuré d'accéder à un traitement intégré au sens strict. Ces diagnostics avaient pour conséquence que la capacité de travail était nulle. Il a précisé que les maladies psychiques étaient étroitement liées au dysfonctionnement physique de la pathologie cardio-vasculaire et la prédominance de la dévalorisation, les idées délirantes de ruine et de culpabilité, l'épuisement extrême, les insomnies et les idées de mort avec idéalisation de la fuite vers un suicide par ingestion de médicaments ne lui permettaient de faire face à aucune responsabilité ni contrainte exigible dans le marché du travail actuel. L'assuré ne pouvait être rentable dans une activité régulière. Sa mauvaise intégration au niveau linguistique ne facilitait pas la communication, qui restait un outil essentiel pour se socialiser et pour assurer une activité occupationnelle dans notre société. Dans un courrier du 17 novembre 2009, l'assuré a indiqué qu'il ne s'agissait pas selon lui d'apprécier l'existence d'un nouveau cas d'assurance dans le contexte d'une aggravation d'une atteinte à la santé, mais dans celui d'une interruption de l'incapacité de travail initiale due à des problèmes cardiaques, dans la mesure où l'évolution favorable de son état de santé lui avait permis de récupérer une capacité de gain de 100 % de mai à septembre 2003 (hormis deux mois d'incapacité en décembre 2002 et janvier 2003). Dans un avis médical du 13 novembre 2009, le Dr K \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que s'il n'avait pas à se prononcer sur le fait que l'assuré avait cotisé au moins pendant une année ; la question se posait toutefois de savoir si le travail d'aide de cuisine constituait une activité adaptée, ce qu'il mettait en doute vu que cette activité exigeait le port de charges parfois lourdes et surtout se situait dans une ambiance chaude avec forte humidité, environnement qui n'était pas favorable à un patient souffrant d'insuffisance cardiaque. Il était ainsi probable que ce dernier avait travaillé en dessus de ses forces durant cette période. Sur le plan somatique, le SMR a constaté au vu des pièces nouvelles, à savoir la lettre du Dr H \_\_\_\_\_ du 13 octobre 2009 et une lettre de sortie du Dr C \_\_\_\_\_ du 10 mai 1999, notamment, qu'il n'y avait pas d'aggravation depuis l'entrée en Suisse mais une amélioration sous traitement ayant nécessité des ajustements. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré sur le plan cardiologique, il n'était pas vraisemblable qu'elle eut été complète. Sur le plan psychiatrique, si l'épisode dépressif était présent depuis 2 ans, cela pourrait constituer une aggravation depuis son entrée en Suisse, il y a 10 ans, aggravation consécutive à l'annonce de sa pathologie physique nécessitant une transplantation cardiaque. Toutefois, le fait de ne pas être sur la liste prioritaire ne pouvait être considéré comme un facteur déstabilisant, "l'attente étant possible". Il y avait lieu également de relever que l'assuré ne présentait pas d'idéation suicidaire active et qu'aucun traitement psychopharmacologique n'était mentionné, ce qui était surprenant, un problème de cardiologie tel que décrit ne présentant pas une contre-indication absolue. Au vu de ce qui précède, le SMR a conclu qu'il était justifié de mettre en place une expertise multidisciplinaire, cardiologique et psychiatrique. Suite à cet avis, l'intimé a requis, par courrier du 16 novembre 2009, qu'une expertise multidisciplinaire, soit cardiologique et psychiatrique soit ordonnée par le Tribunal de céans. Toutefois, s'agissant de l'atteinte physique, il a déclaré maintenir ses précédentes conclusions. Le 17 décembre 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ a précisé qu'il suivait le recourant depuis le 5 mars 1999 et non pas depuis 1998. Le diagnostic de cardiomyopathie dilatée sévère avait été posé en mars 1999 et elle existait depuis 1999, le patient n'en ayant eu connaissance qu'à son arrivée en Suisse. Le 20 janvier 2010, le recourant a observé qu'il

n'avait eu connaissance de l'affection cardiaque que peu après son arrivée en Suisse et qu'il avait pu travailler normalement jusque-là dans son pays d'origine (cuisine de mets sur des stands dans la rue). L'expertise devrait aussi porter sur l'origine de l'asthme du recourant. Il n'était pas probant de dire comme le faisait le SMR qu'il avait travaillé au dessus de ses forces comme aide-cuisinier. Le 9 février 2010, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr L\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et au Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation des experts ainsi que sur la mission d'expertise. Le 15 février 2010, le recourant a demandé que soit ajoutée une question complémentaire. Le 23 février 2010, l'intimé a observé qu'il convenait d'effectuer une expertise bidisciplinaire et non deux expertises distinctes par les experts désignés. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 9 janvier 2009 tout en requérant la révision de la décision de l'OAI du 19 septembre 2007, laquelle faisait suite à la demande de prestations du 11 avril 2005. En conséquence, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, est applicable en l'espèce de même les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). Quant à celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles s'appliquent uniquement pour les faits postérieurs à cette date. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA) L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI, en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état

psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les a) Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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. 28 al. 1er LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008, 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). b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 ). 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 (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). 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) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) 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) 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). d) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). d) 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 le principe 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, 1989 n° K 809 p. 206). A 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). En l'espèce, le Tribunal de céans relève que, s'agissant de la cardiomyopathie dilatée sévère, il ne dispose d'aucun rapport ou expertise médicale. Seuls des questionnaires ou formulaires complétés par les Drs D\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ figurent au dossier. En particulier, l'on ignore depuis quand les problèmes liés au cœur sont présents et ont une répercussion sur la capacité de travail du recourant, étant rappelé que celui-ci a travaillé en tant qu'aide de cuisine durant l'année 2002 notamment à 100% et à 50 % durant l'année 2006. Par ailleurs, il s'est avéré que postérieurement à la décision du 19 septembre 2007 de l'OCAI, l'assuré a présenté des troubles psychiatriques mis en évidence, pour la première fois, le 6 mars 2009, par le médecin-traitant de ce dernier. En outre, le 30 mars 2009, les Drs I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont confirmé l'existence d'un tel trouble. Dans ces circonstances et eût égard à l'avis des parties sur la nécessité d'une expertise bidisciplinaire il convient de diligenter une expertise judiciaire qui sera confiée à un psychiatre et à un cardiologue, afin de déterminer précisément les atteintes à la santé psychique du recourant et leurs répercussions, le cas échéant, sur la capacité de travail. En conséquence, il convient d'ordonner une expertise bidisciplinaire cardiologique et psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr L\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à Lausanne et au Dr Léopold M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, à Lausanne. La question supplémentaire requise par le recourant sera ajoutée à la mission d'expertise. Par ailleurs, il convient de relever que la présente expertise possède un caractère bidisciplinaire dès lors qu'après examen séparé du recourant par les deux experts, il est requis de ceux-ci une appréciation consensuelle du cas. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement : Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr L. \_\_\_\_\_ et au Dr M. \_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Du point de vue psychiatrique : Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. S. \_\_\_\_\_. Examiner M. S. \_\_\_\_\_. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? Quelles sont les plaintes de l'assuré ? Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. S. \_\_\_\_\_ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ? En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ? M. S. \_\_\_\_\_ suit-il un traitement adéquat ? Si non, quel serait le traitement indiqué ? Les diagnostics ont-ils des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré (étant précisé que celui-ci a travaillé en 2002 et en 2006) ? Si oui, lesquelles ? Quel est le taux de capacité de travail exigible dans sa précédente activité et dans une activité adaptée ? Depuis quelle date ? Quel est le pronostic ? Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. B. Du point de vue cardiologique Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. S. \_\_\_\_\_. Examiner M. S. \_\_\_\_\_. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? Quelles sont les plaintes de l'assuré ? Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. S. \_\_\_\_\_ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ? M. S. \_\_\_\_\_ présente-t-il en particulier un asthme cardiaque ou un asthme décompensé et, cas échéant, ce syndrome est-il discret ? Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'assuré ? M. S. \_\_\_\_\_ suit-il un traitement adéquat ? Si non, quel serait le traitement indiqué ? Les diagnostics ont-ils des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré (étant précisé que celui-ci a travaillé en 2002 et en 2006) ? Si oui, lesquelles ? Quel est le taux de capacité de travail exigible dans sa précédente activité et dans une activité adaptée ? Depuis quelle date ? En particulier, l'atteinte à la santé existait-elle déjà avant l'entrée en Suisse de M. S. \_\_\_\_\_ en mars 1999 ? Si oui, l'influence de cette atteinte sur la capacité de travail a-t-elle évolué depuis mars 1999 ? Quel est le pronostic ? Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. C. Appréciation consensuelle du cas Compte tenu de l'aspect cardiologique et psychiatrique M. S. \_\_\_\_\_ est-il capable de travailler ? Si oui, à quel taux, dans quel genre d'activité et depuis quelle date ? Si non, depuis quelle date ? Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI 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.