

GE_GERICHTE A/3316/2011 vom 11. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3316_2011

FR: GE_GERICHTE A/3316/2011 du 11 juin 2012

IT: GE_GERICHTE A/3316/2011 del 11 giugno 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.06.2012
A/3316/2011

A/3316/2011 ATAS/776/2012 du 11.06.2012 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3316/2011
ATAS/776/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 11 juin
2012 9ème Chambre En la cause Monsieur L_____, domicilié à Châtelaine,
représenté par APAS recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU
CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur
L_____ (ci-après l'assuré), né en 1950, au bénéfice d'un CFC
monteur-électricien, a travaillé chez divers installateurs-électriciens de 1972 à 1993 et a
connu ensuite de longues périodes de chômage au cours desquelles il a effectué de petits
travaux dans la vente, la réparation de petit matériel électrique et de jouets. En octobre
2009, l'assuré a été victime d'un infarctus du myocarde, à la suite duquel il a été en
incapacité de travail totale. Du 13 octobre au 3 novembre 2009, il a été hospitalisé et a subi
un pontage aorto-coronarien sur l'artère inter-ventriculaire antérieure, une angioplastie
coronaire transluminale percutanée avec implantation d'un stent non actif sur l'artère
circonflexe. Par rapport du 19 avril 2010, la Dresse A_____, spécialiste FMH en
cardiologie, a indiqué que l'assuré présentait des signes d'insuffisance cardiaque avec une
diminution sévère de la fonction systolique de manière inhomogène très probablement
d'étiologie ischémique. Le 10 août 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations
auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI). Par rapport du 19
août 2010, le Dr B_____ a diagnostiqué une insuffisance cardiaque avec
diminution sévère de la fonction systolique sur cardiopathie ischémique et hypertension
artérielle. L'assuré présentait actuellement une dyspnée d'effort et des douleurs thoraciques
récurrentes. Le pronostic était moyen. L'assuré ne pouvait plus reprendre un travail. Par
rapport du 29 octobre 2010, la Dresse A_____ a diagnostiqué une cardiopathie
ischémique sévère sur maladie coronarienne des trois vaisseaux depuis octobre 2009. Sans
répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait une hypertension artérielle et une
hyperlipidémie. Il présentait actuellement une dyspnée aux efforts modérés et des douleurs
thoraciques diffuses. Le pronostic était réservé. L'assuré ne devait pas exercer un travail
nécessitant une activité physique. A la demande de l'OAI, le Dr C_____,
spécialiste FMH en médecine interne, a examiné l'assuré les 18 et 21 janvier et 15 février
2011. Par rapport du 10 mars 2011, il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de
travail, une dyspnée et asthénie à l'effort sur insuffisance cardiaque et maladie coronarienne
ischémique diffuse ainsi qu'un status après infarctus apical et inférieur et revascularisation
myocardique mixte (triple pontage et angioplastie dilatative transcutanée), depuis octobre
2009. Sans répercussion sur la capacité de travail, il présentait une inadaptation
cardio-vasculaire à l'effort (depuis de nombreuses années), un excès pondéral et une

hyperlipidémie (depuis de nombreuses années), une dépendance à l'alcool avec hépatopathie (possible cirrhose), une polyneuropathie sensitive modérée des membres inférieurs et carence sévère en vitamine D (depuis 2004), des douleurs chondro-costales à gauche (depuis 2005), une dépendance à la nicotine, une hypertension artérielle, un status après lobectomie supérieure droite pour tuberculome pulmonaire (en 2005). Selon l'expert, la dyspnée pourrait être améliorée par une réadaptation cardio-vasculaire à l'effort de phase III. L'insuffisance cardiaque passerait alors d'un stade 2-3 à un stade 2 permettant un effort de l'ordre de 75 à 100 watts. Une telle amélioration rendrait la fonction cardiaque compatible avec un travail allégé à temps partiel (p. 9). Les atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles, soit au plan physique, pas d'efforts physiques supérieurs à 6 Mets, pas de sollicitations entraînant des contractions isométriques, pas de travail en hauteur. Au plan psychique, les situations stressantes étaient déconseillées et au plan social, l'assuré paraissait en voie de marginalisation et dans un isolement social qui péjoraient sa capacité d'adaptation. L'incapacité de travail dans l'activité de monteur-électricien était totale depuis le 7 octobre 2009. Par le biais d'une réadaptation cardio-vasculaire à l'effort de phase trois, nécessaire sur un long terme, et le traitement de la carence en vitamine D, l'assuré pourrait améliorer sa capacité de travail dans l'activité habituelle. Cependant, l'expert doutait que l'assuré puisse se soumettre à une réadaptation cardio-vasculaire de phase trois sur le long terme en raison de son état psychique général. Dans une activité adaptée - toute activité légère, sans sollicitation physique dans le domaine de compétence de l'assuré (électricité basse tension, construction ou réparation de petits appareils électriques) la capacité de travail exigible était de 70%, sans diminution de rendement. L'expert a relevé que l'assuré présentait après une période de chômage et de petites occupations pendant 15 ans, des signes de fragilisation personnelle et sociale. Bien que ne présentant pas de signe d'une thymie dépressive, l'expertisé paraissait las, découragé, laissant-aller dans la vie de tous les jours ; il semblait se marginaliser. A la demande de l'expert, l'assuré a été examiné par le Dr D _____, spécialiste MH en cardiologie. Par rapport du 8 février 2011, ce médecin a diagnostiqué une insuffisance cardiaque de stade II à III selon la New York Heart Association, d'origine ischémique et une fraction d'éjection du ventricule gauche sévèrement diminuée (estimée à 30%). Les antécédents cardiovasculaires étaient une maladie coronarienne tritronculaire avec status post-pontage aorto-coronarien sur l'IVA, un status post-angio-plastie et mise en place d'un stent non actif sur l'artère circonflexe proximale, une sténose significative de l'artère coronaire droite proximale, coronaire droite moyenne occluse, une sténose significative de l'artère circonflexe moyenne (vaisseaux de petit calibre). A titre de comorbidités, l'assuré présentait un éthylisme chronique et un status post-lobectomie pulmonaire supérieure droite. Enfin, les facteurs de risque cardio-vasculaires étaient une hypertension artérielle, un tabagisme et une dyslipidémie. L'assuré présentait donc une maladie coronarienne tritronculaire chronique, avec une diminution sévère de la fraction d'éjection du ventricule gauche. Il avait bénéficié en octobre 2009 d'une intervention chirurgicale sur quelques artères. Les autres artères n'étaient pas accessibles à un traitement ni chirurgical, ni percutané. Il bénéficiait depuis lors d'un traitement médicamenteux maximal de l'insuffisance cardiaque. L'insuffisance cardiaque de stade II à III entraînait d'importantes répercussions fonctionnelles. Sur le plan pratique, malheureusement les possibilités d'amélioration étaient faibles, car le traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque était déjà maximal, la revascularisation myocardique effectuée en octobre 2009 avait été aussi complète que possible. Il existait une indication de classe I à l'implantation d'un défibrillateur

automatique en prévention primaire de la mort subite, ce qui ne modifierait toutefois pas sa capacité fonctionnelle. Par avis du 20 juin 2011, la Dresse E _____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a adhéré aux conclusions de l'expert. L'assuré présentait des dyspnées et une asthénie à l'effort, une insuffisance cardiaque et une maladie coronarienne ischémique diffuse post infarctus apical et inférieur et revascularisation myocardique mixte (triple pontage et angioplastie dilatative transcutanée). En raison de ses atteintes, l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle, par contre sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 70% au moins depuis la date de réalisation de l'expertise, soit en janvier 2011. Par projet de décision du 13 juillet 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer un quart de rente dès le 1^{er} février 2011 (soit six mois après le dépôt de la demande de prestations). Selon le Dr C _____, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais de 70% dans une activité adaptée. En comparant le revenu annuel sans invalidité (61'642 fr. , déterminé en se référant aux salaires statistiques (ESS) 2008, tableau TA1, dans une activité de type total pour un homme de niveau 4 et après réactualisation selon l'indice suisse des salaires pour 2010) avec le revenu annuel avec invalidité (34'519 fr., déterminé en se référant aux salaires ESS 2008, tableau TA1, dans une activité de niveau 4 effectuée à 70%, après réactualisation selon l'indice suisse des salaires pour 2010 et une réduction de 20% en raison de l'âge, de l'activité légère seule possible et du taux d'activité), la perte de gain s'élevait à 27'123 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 44%, ouvrant droit à un quart de rente. Par pli du 19 septembre 2011, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport établi le 12 septembre 2011 par le Dr B _____, selon lequel l'état de santé de l'assuré n'était pas compatible avec une activité professionnelle, même légère. Par décision du 13 octobre 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente dès le 1^{er} février 2011. Par acte du 18 octobre 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise cardiologique et au versement d'une rente entière d'invalidité. Le recourant argue du fait qu'il n'a pas été soumis à une expertise cardio-vasculaire alors qu'il s'agit de son problème principal. Le Dr D _____ avait certes été sollicité, mais il n'avait pas effectué une expertise. Il avait constaté d'importantes répercussions fonctionnelles, mais il n'avait pas quantifié la capacité de travail résiduelle. Le rapport du Dr C _____ était par ailleurs contestable car il comportait des explications peu claires, des contradictions et des lacunes. Il n'avait ainsi pas repris les diagnostics établis par le Dr D _____. Il avait préconisé une réadaptation cardio-vasculaire à l'effort de phase trois permettant l'exercice d'un travail allégé à temps partiel, alors que le Dr D _____ avait estimé que les possibilités d'amélioration étaient faibles. De surcroît, l'expert avait lui-même fait état de ses doutes quant à la possibilité que le recourant puisse se soumettre à une réadaptation cardio-vasculaire de phase trois sur le long terme en raison de son état psychique général. La capacité de travail telle que retenue par le Dr C _____ n'était donc pas effective. Etant donné que le recourant n'avait pas effectué les mesures de réadaptation cardiovasculaire, il estimait que son incapacité de travail était totale. Enfin, s'il était retenu que le recourant avait une capacité de travail résiduelle, il conviendrait de retenir une déduction supplémentaire de 25% du revenu d'invalidité, vu son âge avancé, ses faibles capacités d'adaptation et les domaines d'activité légère à temps partiel très restreints. Qui plus est, seul le secteur des services pouvait lui offrir une activité compatible. Par réponse du 15 décembre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Il fait remarquer que l'expert, spécialiste en médecine interne, s'est adjoint les services du Dr

D _____, spécialiste en cardiologie, afin de pratiquer un examen complet sur le plan cardiaque. Le rapport d'expertise avait dûment pris en compte l'avis du cardiologue. Seul l'expert devait estimer la capacité de travail, en tant que spécialiste des pathologies multiples et complexes. L'intimé se réfère par ailleurs à un avis du SMR du 13 décembre 2011, qu'il joint à son écriture, selon lequel dans la mesure où le recourant présente d'autres comorbidités que l'atteinte cardiaque - notamment la suspicion de cirrhose sur éthylisme chronique, un tabagisme et une notion de lobectomie supérieure droite sur tuberculome -, une expertise effectuée par un spécialiste en médecine interne se justifiait. Après relecture du rapport, le SMR constatait que les conclusions de l'expert étaient parfaitement claires et convaincantes. Il précise que le test d'effort réalisé par le Dr D _____ montrait une capacité physique permettant à l'assuré de réaliser un travail sédentaire. Il rappelait que le recourant devait mettre tout en œuvre pour réduire son préjudice et la phase III de la réadaptation cardiaque en faisait partie. Selon l'intimé, aucun médecin ne fait valoir des éléments objectivement vérifiables non découverts dans le cadre de l'expertise et aptes à conduire à une appréciation différente. Enfin, le revenu avec invalidité tel que fixé par l'intimé devait être confirmé. Par réplique du 10 janvier 2012, le recourant explique que le Dr D _____ est devenu, entre temps, son cardiologue traitant. Par courrier du 30 novembre 2011, dont une copie est jointe à la réplique, le Dr D _____ a indiqué n'avoir pas mis en place la réadaptation cardio-vasculaire, estimant que le bénéfice d'une telle réadaptation serait extrêmement faible dans le cas du recourant. En raison de l'insuffisance cardiaque stade II à III, la capacité physique du recourant était extrêmement limitée puisque l'ergométrie avait dû être interrompue après seulement trois minutes pour un effort physique relativement faible. En pratique, il existait une intolérance à l'effort, un essoufflement au moindre effort, une fatigue survenant lors d'exercices d'intensité faible à modérée. Il ne pouvait évaluer l'incapacité de travail du recourant dès lors que ce dernier présentait également d'autres comorbidités qui avaient un effet délétère sur sa capacité de travail. Il était certain qu'une activité professionnelle ne nécessitant pas d'effort physique permettrait une meilleure capacité de travail. Le recourant réitère que le Dr C _____, en tant qu'interniste, ne peut se substituer au spécialiste en cardiologie. Par duplique du 10 février 2012, l'intimé indique avoir soumis le rapport du Dr D _____ au SMR, lequel dans un avis du 9 février 2012, estime que le cardiologue n'apporte aucun élément nouveau. L'intimé persiste dans ses conclusions. Par écriture du 21 février 2012, le recourant persiste également dans ses conclusions. Après avoir adressé une copie de ce pli à l'intimé, 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 er 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 er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 13 octobre 2011,

est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 19 octobre 2011 contre la décision du 13 octobre 2011 est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a octroyé au recourant un quart de rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA). 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). a) Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2; 105 V 158 consid. 1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un 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 arrêts cités). Dès lors, 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). b) 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).

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/cc). d) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). e) 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 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 351 consid. 3). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 9C_243/2010 du 28 juin 2011, consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (consid. 4.4.1.4 in fine de l'arrêt précité du 28 juin 2011). En l'occurrence, force est de constater à la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, que la Cour de céans ne dispose pas des éléments suffisants pour déterminer si, comme l'a retenu l'intimé dans sa décision litigieuse, le recourant dispose d'une capacité de travail à 70% dans une activité

adaptée. En effet, il y a lieu de constater que l'intimé a décidé de soumettre le recourant à une expertise effectuée par un médecin spécialisé en médecine interne, alors qu'il est manifeste que les principales atteintes dont souffre le recourant sont d'origine cardio-vasculaire. Certes, comme le fait remarquer l'intimé, le recourant présente-t-il d'autres pathologies. Cela étant, on relèvera qu'à teneur de l'expertise du Dr C _____ et de l'avis du SMR du 20 juin 2011, seuls les troubles relevant de la cardiopathie ont une répercussion sur la question déterminante et litigieuse de la capacité de travail du recourant. Force est dès lors de retenir que l'expertise aurait dû être confiée à un spécialiste cardio-vasculaire, celui-ci disposant des connaissances et compétences professionnelles spécifiques et particulières dans cette discipline, sur lesquelles doit pouvoir se fonder l'administration et, le cas échéant, les tribunaux, pour établir la mesure dans laquelle un assuré est capable de travailler et quels travaux peuvent être exigés de lui. Compte tenu de ce qui précède, la cause n'est, de l'avis de la Cour de céans, pas suffisamment instruite pour lui permettre de se déterminer en connaissance de cause. Il convient d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment par la mise en œuvre d'une expertise cardio-vasculaire, puis nouvelle décision. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision du 13 octobre 2011 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPG). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'OAI du 13 octobre 2011 et lui renvoie le dossier pour instruction médicale complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI. 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 Brigitte BABEL La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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