

GE_GERICHTE A/3553/2009 vom 26. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3553_2009

FR: GE_GERICHTE A/3553/2009 du 26 mai 2011

IT: GE_GERICHTE A/3553/2009 del 26 maggio 2011

Erwägungen

E. 8

ème Chambre En la cause Monsieur V _____, domicilié au Lignon, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître WAEBER Jean-Bernard recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur V _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1949, divorcé, de nationalité chilienne, a effectué ses études universitaires en sciences sociales au Chili, sans obtenir de diplôme. Emigré d'abord au Canada, où il a travaillé pendant quatre ans comme assistant social auprès de réfugiés chiliens, l'intéressé est arrivé en Suisse en 1979. Il a travaillé en tant que facteur pendant treize ans, puis a exercé de nombreux emplois. Du 1^{er} février 2001 au 31 janvier 2004, date à laquelle l'employeur a mis fin au contrat, il a été employé par X _____ en qualité d'employé de maison–restaurant auxiliaire, à raison de 20 heures par semaine. En 1976, le recourant a été victime d'une entorse grave de la cheville gauche au cours d'un match de football, alors qu'il se trouvait au Canada. En juin 2003, l'intéressé a glissé en sortant de la douche et a subi une entorse moyenne de la cheville gauche. Le 19 janvier 2004, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Il a glissé puis chuté dans les escaliers, ce qui a entraîné une nouvelle entorse de la cheville gauche et un arrêt de travail à 100% depuis cette date. Le 3 mars 2004, l'intéressé a subi un triple pontage coronarien. Le 15 mars 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (devenu l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève; ci-après : OAI) visant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement professionnel dans une nouvelle profession, de moyens auxiliaires, de mesures médicales ainsi que d'une rente. Dans un rapport à l'OAI du 20 avril 2004, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics de maladie coronarienne de trois vaisseaux avec status après triple pontage aorto-coronarien effectué le 3 mars 2004 ainsi que d'arthrose post-traumatique de la cheville gauche. En outre, le patient présentait une atrophie mandibulaire dans le cadre d'un syndrome de Franceschetti-Klein avec hypoacousie congénitale et un diabète traité par antidiabétiques oraux. Le médecin a relevé que la maladie coronarienne avait été identifiée le 17 juillet 2003 par une coronarographie et opérée le 3 mars 2004. Le patient était stable sur l'ensemble des facteurs cardio-vasculaires. Le problème majeur était une importante arthrose post-traumatique de la cheville gauche, invalidante. La prise en charge orthopédique avait été différée en raison des problèmes cardio-vasculaires. L'activité d'employé de maison n'était plus possible, en raison de son problème cardiaque et de l'importance des douleurs de la cheville gauche. Après une prise en charge du problème orthopédique, réévaluation et reclassement professionnel, une activité à 100% devait être possible, dans une activité légère, sans port de charges ni marche excessive. Dans son rapport à l'OAI du 28 avril 2004, le Prof. B _____, chef de service de la Chirurgie réparatrice des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG),

a indiqué que le patient présentait une dysplasie oto-mandibulaire droite et un syndrome du premier arc branchial. Il avait été opéré dans son service à trois reprises depuis l'année 2000 et était suivi par le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie maxillo-faciale, de la Clinique de Genolier, auquel il renvoyait pour les indications concernant l'évaluation de la réinsertion professionnelle ou la demande de rente. La Clinique de chirurgie cardio-vasculaire des HUG a établi un rapport en date du 3 mai 2004, aux termes duquel le patient présentait une maladie coronarienne depuis juin 2002 qui entraînait des répercussions sur la capacité de travail ainsi qu'un diabète de type II, sans influence sur la capacité de travail. Sans se prononcer plus précisément sur la capacité de travail, ni sur les capacités professionnelles, le médecin a indiqué néanmoins dans l'annexe au rapport médical que l'activité actuelle était encore exigible, sans diminution de rendement. Le 10 mai 2004, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie, a effectué une expertise à la demande de l'assureur-accidents WINTERTHUR ASSURANCES. L'expert a relevé que l'assuré avait subi une entorse grave de la cheville gauche au cours d'un match de football en 1976, qui avait eu pour conséquence une lésion de l'articulation sous-astragaliennne, une insuffisance du ligament latéral externe et une position vicieuse en inversion du pied gauche et pied creux. Les deux entorses subséquentes de 2003 et 2004 étaient en revanche bénignes, de sorte que les troubles de l'assuré étaient à mettre sur le compte de l'état antérieur. L'expert a estimé que, du point de vue de l'assureur-accidents, le statu quo sine, voire ante, avait été recouvré le 1^{er} juin 2004. A la demande de l'OAI, le Dr C _____ a rendu un rapport aux termes duquel il a posé les diagnostics de syndrome de Franceschetti-Klein, triple pontage cardiaque et surdité transmission droite. Le patient souffrait en outre de diabète, de haute tension artérielle et d'un problème à la cheville gauche en cours d'investigations. Dans l'annexe au rapport médical, relatif à la réinsertion professionnelle, le médecin a indiqué que l'activité exercée jusqu'ici, soit celle d'animateur, était encore possible à 25%, qu'il y avait une diminution de rendement de 75% en raison de la fatigabilité et de douleurs sternales. S'agissant des capacités professionnelles, le patient pouvait garder la même position ou la position assise 4 heures par jour, il devait éviter en revanche la position debout, de se mettre à genoux, de s'accroupir, de marcher plus de 100 mètres, de lever, porter ou déplacer des charges, de se baisser, ainsi que le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. En fonction de ses limitations, il pourrait exercer une activité d'assistant social, d'animateur, d'artiste peintre ou de journaliste. Par décision du 5 octobre 2004, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a prononcé l'inaptitude au placement de l'intéressé dès le 2 juin 2004, en raison de son incapacité de travail de 100%. L'opposition formée par l'intéressé a été rejetée le 24 mars 2006. Questionné par l'OAI en date du 16 décembre 2004, le Dr A _____ a indiqué que l'arthrodèse sous-astragaliennne n'avait pas encore eu lieu, car le patient était en attente d'une consultation orthopédique aux HUG. Il présentait des douleurs invalidantes de la cheville gauche et une cardiopathie ischémique. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 19 janvier 2004. Dans un avis du 5 avril 2005, le Service régional AI SMR Suisse romande (ci-après : SMR) a relevé que la coronaropathie était entièrement stabilisée et n'entraînait pas d'incapacité de travail, de même que la dysplasie oto-mandibulaire congénitale. En revanche, l'arthrose de la cheville gauche engendrait des limitations fonctionnelles incompatibles avec l'activité antérieure d'employé de maison. Toute activité permettant une sollicitation minimale de cette articulation était en revanche exigible à plein temps et plein rendement. Une aide au placement dans son domaine de compétence ou dans l'une des activités exercées antérieurement devrait être organisée rapidement. Dans un rapport

médical intermédiaire à l'attention de l'OAI du 15 août 2005, le Dr A _____ a mentionné que l'état de santé était stationnaire, qu'il subsistait d'importantes douleurs de la cheville gauche avec tuméfaction itérative d'origine arthrosique. Le périmètre de marche était limité, de même que la station debout et le port de charges. Dans le poste de travail occupé en tant qu'employé de cuisine, une réinsertion était probablement très difficile en raison de la charge de travail que cet emploi occasionnait. Dans une activité adaptée telle que la petite manutention, la surveillance, la petite mécanique, la capacité de travail était de 50% pour une période probatoire à définir puis, idéalement, de 100%, dès le 1^{er} octobre 2005 pour la première fois au plus tôt. Dans son rapport du 7 juin 2005, le Service de réadaptation professionnelle de l'OAI a procédé à la comparaison des gains avec et sans invalidité et conclu à un degré d'invalidité de 11,4% n'ouvrant pas le droit à une mesure professionnelle. Toutefois, étant donné la forte motivation et l'intérêt de l'assuré à retrouver une situation professionnelle, une aide au placement était à envisager, dès que son état de santé serait stable. Par décision du 13 octobre 2005, l'OAI a refusé à l'intéressé toutes prestations de l'assurance-invalidité, au motif que dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière et que le degré d'invalidité, après comparaison des gains, s'élevait à 11%. A sa demande, une aide au placement serait étudiée lorsque son état de santé serait stabilisé. L'intéressé a effectué un stage dans l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du Département des neurosciences cliniques et dermatologie des HUG du 5 septembre au 4 octobre 2005, à mi-temps. Les activités ont consisté dans le démontage d'appareils électriques et électroniques ainsi qu'occasionnellement, dans l'aide au débitage de panneaux de bois. Dans son rapport à l'attention de l'OCE du 31 octobre 2005, le Dr E _____ (sans spécialisation indiquée) et W _____, technicien responsable, ont relevé que le taux d'absentéisme avait été de 30%. L'assuré, de niveau universitaire, était très cultivé. Il était cependant incapable de rester debout et était très fatigué après une demi-journée de travail. Les pertes d'équilibre généraient un manque d'assurance dans les ports de panneaux de grandes dimensions, un certain nombre d'activités n'étaient plus réalisables à cause de sa surdité partielle qui pouvait être génératrice d'accident par manque de vigilance et la dégradation de sa vision ne lui permettait pas d'utiliser un ordinateur. Un emploi dans le tertiaire était donc exclu. La multiplicité des pathologies handicapantes à divers niveaux péjorait son rendement de manière sévère rapportée à un plein temps. Sur un mi-temps, la baisse de rendement était de l'ordre de 30 à 40%. Vu le nombre élevé de déficiences et les répercussions fonctionnelles importantes qu'elles entraînaient, le Dr E _____ et W _____ ont considéré qu'un reclassement n'était pas envisageable. Malgré une forte motivation, la capacité résiduelle de travail laissait présager qu'à court terme seul un emploi protégé dans des activités créatrices à temps partiel serait envisageable. Dans un rapport du 10 avril 2006 rédigé à l'attention de l'OAI, le Dr A _____ a indiqué que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé, ni amélioré. Quant à la capacité de travail, dans le poste de travail occupé précédemment en tant qu'employé de cuisine, elle était probablement de 30 à 40% sur un 50% et dans une activité adaptée, tel qu'un emploi dans un milieu protégé, une capacité de travail de l'ordre de 50%, avec toutefois une baisse de rendement, était probablement le maximum exigible de la part du patient. Dans un rapport du 1^{er} mai 2006, le Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a mentionné que le recourant présentait une maladie coronarienne opérée en 2004 et des séquelles de fracture du pied gauche en 1976 avec une arthrose sous-astragaliennne grave. Il se plaignait d'insuffisance respiratoire à l'effort et de douleurs à la marche et à l'effort. L'incapacité de travail était de 100% depuis janvier 2004, définitivement. Selon ce médecin, le patient ne

pourrait plus reprendre d'activité professionnelle. Le Dr G _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, du SMR a procédé à un examen rhumatologique de l'intéressé en date du 11 juillet 2006. Il a mentionné comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail des podalgies gauches chroniques sur troubles arthrosiques avancés. Les autres diagnostics, à savoir le status après triple pontage en février 2004, le diabète de type II non insulino-dépendant ainsi que la surcharge pondérale étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, le médecin a relevé que l'arthrose complexe de la cheville gauche impliquait une incapacité de travail dans toute forme d'activité nécessitant les charges debout prolongée, la marche continue de plus d'une heure par jour ou le port de charges répétitif sur des distances dépassant les quelques mètres. Les activités exercées en Suisse par l'assuré semblaient être contre-indiquées et entraînaient des incapacités de travail variables, par exemple de 100% dans l'activité de facteur, de 50% dans l'activité d'aide-cuisinier et de 30% dans celle d'animateur, ce en tenant compte uniquement de la problématique ostéoarticulaire. Toutefois, dans une activité adaptée respectant de façon stricte les limitations ostéoarticulaire, à savoir des activités sédentaires de type intellectuel, le taux d'activité exigible était de 100%, depuis janvier 2004. Par décision du 4 septembre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'intéressé, se référant au rapport du SMR. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a recouru contre cette décision, en concluant à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a rappelé que l'OCE avait nié son aptitude au placement, au vu de ses pathologies et du rapport des HUG. Il reprochait par ailleurs à l'OAI de n'avoir pas indiqué quelle activité serait adaptée à son âge et à son état de santé, alors même qu'il reconnaissait qu'il ne pouvait plus exercer les activités précédentes. Enfin, il a fait valoir que l'OAI se fondait sur la seule appréciation du SMR, alors même que la capacité de travail exigible n'avait pas été validée par des stages pratiques dans la procédure AI. Or, le stage qu'il avait effectué à Beau-Séjour avait démontré les nombreuses limitations fonctionnelles résultant de ses diverses atteintes à la santé. Il s'ensuivait que seule une activité dans un cadre protégé était envisageable, à temps partiel. Par arrêt du 13 juin 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a partiellement admis le recours de l'assuré, a annulé la décision du 13 octobre 2005 ainsi que la décision sur opposition du 4 septembre 2006 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision, avec suite de dépens. Il a considéré que l'avis médical du SMR sur lequel s'était basé l'OAI ne prenait pas en compte l'ensemble des affections de l'assuré, puisqu'il n'abordait que l'aspect ostéoarticulaire, à l'exclusion notamment du status après triple pontage coronarien qui entraînait une fatigabilité ainsi que des douleurs sternales, de la dégradation de la vision, de la surdité ainsi que des pertes d'équilibre entraînant des limitations fonctionnelles dans le domaine du tertiaire, et que le rapport d'observation professionnelle du Dr E _____ des HUG ne pouvait être sans autre écarté, de sorte qu'il se justifiait de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il recueille sans délai tous les renseignements médicaux utiles, le cas échéant en mettant en œuvre une expertise multidisciplinaire, ainsi qu'un COPAI, afin de pouvoir déterminer précisément quelle(s) activités(s) le recourant pouvait encore exercer et à quel taux, compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé. Le 18 septembre 2007, le SMR a décidé de confier une expertise multidisciplinaire au Centre d'expertise médicale du Centre d'Intégration Professionnelle (ci-après : COMAI de Genève). Dans un rapport d'expertise interdisciplinaire du COMAI de Genève du 10 mars 2008, la Dresse H _____, médecin-chef adjoint, Dr I _____,

spécialiste FMH en médecine générale, et Dr J _____, médecin-chef, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une arthrose post-traumatique à la cheville gauche, une hypoacousie et un trouble d'équilibre sur agénésie à l'oreille droite et une altération de la fonction cochléo-vestibulaire à gauche, une cardiopathie ischémique (status après triple pontage aorto-coronarien en 2004 et infarctus inférieur non daté), et, sans répercussion sur la capacité de travail, un diabète sucré type 2. Ils ont indiqué que, sur le plan ostéoarticulaire, l'assuré se plaignait d'un handicap douloureux de sa cheville gauche, était connu pour une arthrose sous-talienne postérieure trigono-astragaliennne, trigono-calcaneenne au niveau du pied gauche, et décrivait à l'anamnèse des limitations à la charge en position debout et à la marche d'environ trois quarts d'heure à une heure maximum. L'examen clinique avait révélé une démarche légère algique avec une boiterie, un appui localisé sur l'arrière-pied et un déroulement du pied gauche, ainsi qu'une limitation de la mobilité sous-astragaliennne avec un blocage en valgus sans signe d'inflammation avec une tibio-tarsienne également douloureuse. Ils ont considéré que l'assuré présentait un handicap douloureux de sa cheville gauche en position debout et à la marche, limitant dès lors les activités professionnelles nécessitant des positions debout prolongées ainsi qu'une marche fréquente. Sa dernière activité professionnelle de cuisinier était inadaptée à son handicap, dans la mesure où elle était caractérisée par une position debout prolongée et des déplacements rapides et fréquents. Dans ce type d'activité, ils ont estimé que l'assuré ne pouvait pas travailler plus de 2 à 3 heures par jour. Ils ont dès lors retenu une incapacité de travail de 70 à 75% dans l'activité de cuisinier. Toutefois, dans une activité adaptée, principalement en position assise, ils ont considéré que, sur le plan strictement rhumatologique, il n'y avait aucune limitation de la capacité de travail. Ils ont par ailleurs indiqué qu'il y avait une absence de pathologie psychique, en se référant à l'évaluation psychiatrique du Dr K _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 29 novembre 2007 (cf. lettre b ci-dessous). Sur la base de l'évaluation oto-neurologique du Dr L _____, spécialiste FMH en ORL, du 4 décembre 2007 (cf. lettre a ci-dessous), les experts ont également retenu une absence de fonction cochléo-vestibulaire à droite et une fonction altérée à gauche, surtout de l'audition, en précisant qu'une activité adaptée (absence de mouvements répétitifs de la tête ou du corps, pas de travail en hauteur, ni ambiance bruyante) était exigible à plein temps. Sur la base des résumés des consultations ophtalmologiques au Service d'ophtalmologie des HUG entre 1999 et 2006 et de la lettre de ce service du 5 décembre 2007, les experts ont retenu un status post-occlusion veineuse de la branche rétinienne de l'œil gauche, sans rétinopathie diabétique, ainsi que la présence d'une cataracte aux deux yeux et d'une vue avec correction normale. Dans l'appréciation du cas, les experts ont retenu que l'assuré, âgé de 58 ans, présentait une dysplasie auto-mandibulaire congénitale qui ne l'avait pas empêché de travailler à plein temps comme facteur auprès de la Poste suisse jusqu'en 1993 où il est rentré de son propre gré dans son pays natal, le Chili. De retour en Suisse, il avait repris des petits travaux dans la restauration et dans un foyer d'enfants, ceci jusqu'en 2003, malgré une arthrose sous-astragaliennne gauche ainsi qu'un diabète non insulino-dépendant, diagnostiqués tous les deux en 1999. En 2003, une maladie coronarienne sévère avec atteinte de trois vaisseaux avait été diagnostiquée pour laquelle il avait subi un triple pontage aorto-coronarien en février 2004 et actuellement l'assuré se plaignait principalement d'une oppression thoracique à l'effort ainsi que d'une douleur à la cheville gauche. L'atteinte cardiologique s'était encore aggravée depuis le pontage en 2004 dans la mesure où une occlusion d'un pont s'était faite et que l'assuré avait dû avoir un infarctus silencieux dans le territoire inférieur pour cette maladie.

L'assuré suivait un traitement médicamenteux important et suffisant, ce qui n'était pas le cas pour son diabète sucré qui était toujours très mal contrôlé. L'évaluation rhumatologique confirmait l'arthrose sous-astragalienne postérieure trigono-astragalienne et trigono-calcaneenne au niveau du pied gauche entraînant une limitation de la mobilité avec blocage en valgus. Les douleurs affichées par l'assuré et survenant selon la sollicitation physique étaient tout à fait crédibles, de sorte que les experts considéraient que son activité professionnelle de cuisinier, caractérisée par une position debout prolongée et exigeant le port de charge, n'était pas adaptée à cette atteinte. L'évaluation otoneurologique avait confirmé l'absence complète de fonctions cochléo-vestibulaires à l'oreille droite mais avaient abouti aussi à la constatation d'une fonction altérée à gauche. Cette atteinte présentait des limitations qualitatives mais n'avait pas empêché les activités assumées par l'assuré jusqu'à présent. L'évaluation ophtalmologique aboutissait à la constatation d'une vue correcte si on appliquait la correction et l'évaluation psychiatrique avait permis d'écarter toute atteinte psychique. S'agissant des limitations en relation avec les troubles constatés, les experts ont indiqué qu'au plan physique, l'assuré présentait, du point de vue cardiaque, une limitation importante pour toute sollicitation physique modérée et lourde, dépassant largement la limitation issue de l'atteinte arthrosique à la cheville gauche et qu'au niveau physique, l'assuré n'était plus qu'apte à effectuer une activité sédentaire. Au plan psychique et mental, les experts n'ont retenu aucune limitation. En ce qui concerne l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, les experts ont indiqué que l'activité de cuisinier n'était plus exigible, de même que l'activité de facteur, toutes deux exigeant trop de sollicitations physiques. L'assuré possédait un appareil ostéo-articulaire et musculaire intact à part la limitation à la cheville gauche. Il ne pouvait cependant que répondre à des sollicitations physiques légères en raison de son atteinte cardiaque. Son atteinte otologique le limitait dans ses mouvements répétitifs et brusques de la tête et du corps et restreignait sa liberté. Il ne devait par exemple pas s'exposer à un travail en hauteur et devait s'abstenir d'une ambiance bruyante. L'activité exercée jusque-là n'était plus exigible. Ils ont admis une diminution de la capacité de travail comme cuisinier à partir de 1999 avec une incapacité totale de travail à partir de 2003 dans toute activité physique mi-lourde à lourde et, dans ces deux activités susmentionnées, le degré d'incapacité de travail était resté total. Les experts ont estimé que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. La capacité de travail au poste occupé jusqu'alors ne pouvait toutefois être améliorée. D'autres activités étaient exigibles de la part de l'assuré, en tenant compte des limitations déjà exposées. Il devait s'agir d'un travail avec un horaire régulier en raison du diabète lui laissant la possibilité de prendre ses repas à des heures régulières et prévisibles et, s'il devait adapter un traitement à l'insuline, le futur travail devait lui laisser le temps de faire les déterminations de sa glycémie et de s'injecter l'insuline par la suite. Une telle activité adaptée pourrait être exercée à plein temps, avec une diminution de rendement de 5%, puisqu'il fallait prévoir des pauses supplémentaires, lui permettant de prendre ses collations et de faire les soins de son diabète. Les documents médicaux suivants étaient joints au rapport d'expertise : a) Un rapport d'expertise otoneurologique du 10 décembre 2007, dans lequel le Dr L _____ a diagnostiqué une dysostose mandibulo-faciale, une agénésie (éventuellement totale) de l'oreille droite, une surdité neurosensorielle sévère à gauche, une altération des PEA à gauche compatible avec une atteinte rétro-cochléaire et une légère perturbation de la fonction vestibulaire gauche. Dans l'appréciation de la capacité de travail, le Dr L _____ a indiqué que, sur le plan otoneurologique, l'assuré présentait une capacité de travail certainement totale dans une activité adaptée à sa situation, qu'il ne

pouvait exercer une activité demandant des mouvements répétitifs de la tête et du corps, ou un travail en hauteur, qu'il ne pouvait non plus travailler dans une ambiance semi-bruyante à bruyante, demandant une écoute particulière attentive, et qu'un travail en position assise, comme par exemple dans un atelier de précision (horlogerie), était tout à fait envisageable avec une capacité de travail à 100%. b) Un rapport d'examen psychiatrique du 2 décembre 2007, dans lequel le Dr K_____ n'a retenu aucun diagnostic avec ou sans répercussion sur la capacité de travail. Après avoir exposé la définition des troubles de la personnalité retenus par l'OMS, il a indiqué que l'assuré ne présentait pas de tels troubles puisqu'au contraire il présentait une personnalité souple, qui lui avait permis de s'adapter à des situations stressantes ou angoissantes, qu'il avait pu s'intégrer à Genève après avoir quitté le Chili suite à un coup d'Etat, qu'il avait travaillé à la Poste en Suisse tout en s'occupant de ses enfants, que son retour au Chili en 1993 ne s'était pas passé comme il l'espérait et qu'il avait dû revenir en Suisse, sa réinsertion professionnelle ayant été plus compliquée étant donné son âge, et qu'en conclusion, l'assuré ne présentait pas de troubles psychiques. c) Un rapport du Service de cardiologie des HUG du 13 novembre 2007, dans lequel les Dr M_____ et Dr N_____ ont diagnostiqué un status post-infarctus inférieur à l'étage moyen, avec signes de viabilité dans ce territoire, vu à l'IRM de stress du 12 octobre 2007, une absence d'ischémie myocardique sur l'IRM de stress du 12 octobre 2007 et une fraction d'éjection du ventricule gauche normale. Ils ont indiqué que, compte tenu des symptômes d'angor de stade II, ils avaient réalisé une IRM de stress à la dobutamine qui avait objectivé l'absence d'ischémie mais un ancien infarctus inférieur à l'étage moyen avec signe de viabilité dans ce territoire. Sur cet examen la fonction systolique ventricule gauche était normale. Compte tenu de la présence de viabilité myocardique dans le territoire inférieur, ils proposaient de réaliser une coronarographie en vue d'une éventuelle dilatation dans le territoire de l'artère coronaire droite. Dans l'intervalle, ils avaient majoré son traitement en ajoutant des bêtabloquants à son traitement à base d'inhibiteur de récepteur de l'angiotensine, d'anticalciques, d'antiagrégants plaquettaires et d'hypolipémiants. Ils ont ajouté que, concernant son hypercholestérolémie, ils avaient réalisé un nouveau profil lipidique qui révélait des valeurs de cholestérol trop élevées ainsi que des triglycérides à 3.5 ml/l, raison pour laquelle ils avaient modifié son traitement, un nouveau profil lipidique devant être réalisé trois mois plus tard. Enfin, ils ont indiqué que l'assuré faisait l'objet d'une coronarographie en décembre 2007. d) Un rapport d'échocardiographie transthoracique du Service de cardiologie des HUG du 1^{er} octobre 2007, dans lequel les Dr M_____ et Dr N_____ ont conclu que l'examen était techniquement difficile et incomplet (absence de vues parasternales), le ventricule gauche était de taille normale avec fraction d'éjection normale, l'oreillette était de taille normale, il y avait une absence de valvulopathie significative, les cavités droites étaient de taille normale, la pression pulmonaire n'avait pas pu être estimée et, enfin, qu'il y avait une absence d'épanchement péricardique. e) Un rapport d'IRM cardiaque du Centre Diagnostic Radiologique de Carouge (CDRC) du 12 octobre 2007 dans lequel les Dr O_____ et M_____ ont conclu à l'absence d'ischémie et l'existence d'un ancien infarctus inférieur à l'étage moyen avec signes de viabilité dans ce territoire et à une fonction systolique du ventricule gauche normale. f) Un rapport du Service d'ophtalmologie des HUG du 5 décembre 2007 dans lequel les Dr P_____ et Dr Q_____ ont indiqué que, dans les antécédents de ce patient, il fallait relever un diabète non insulino requérant depuis 7 ans, une hypertension artérielle traitée et, d'un point de vue strictement ophtalmologique, un status post-occlusion veineuse de la branche rétinienne de l'œil gauche temporal supérieur compliqué de néo-vascularisation et

d'œdème maculaire traité par laser maculaire. Lors de la dernière consultation, le segment antérieur de l'œil montrait une blépharite, une sécheresse cornéenne et la présence de cataracte des deux côtés. Une rétinopathie diabétique n'avait jamais été mise en évidence chez cet assuré, et son acuité visuelle avait été corrigée. g) Un rapport de cardiologie des HUG du 21 décembre 2007 dans lequel les Dr R_____ et Dr S_____ ont diagnostiqué une maladie coronarienne stable, un triple pontage aorto-coronarien en 2003 et un infarctus inférieur non daté découvert fortuitement sur une IRM en octobre 2007. Ils ont indiqué que la suspicion de territoire viable sur l'IRM était à mettre en relation avec une occlusion du pontage veineux sur l'interventriculaire postérieure, artère réinjectée par l'interventriculaire antérieure, que dans le contexte de la maladie coronarienne, le traitement était poursuivi et que la prise en charge du diabète de type II était insuffisante, le patient n'ayant pas de suivi médical, n'effectuant pas d'autocontrôle et ayant un régime très irrégulier. Dans un avis médical du SMR du 25 mars 2008, la Dresse T_____ (sans spécialisation indiquée) a retenu que l'expertise multidisciplinaire était parfaitement convaincante, que ses conclusions pouvaient être suivies, étant relevé qu'elles étaient plus restrictives que le rapport du SMR du 5 avril 2005 en ce qui concernait les limitations fonctionnelles mais comparables sur l'exigibilité dans une activité adaptée. Du 13 octobre au 9 novembre 2008, sur mandat de l'OAI, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle de type COPAI auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) destiné à déterminer concrètement les activités correspondant à ses limitations. Dans un rapport COPAI du 9 décembre 2008, les EPI ont indiqué que les capacités de l'assuré étaient compatibles avec des activités simples. Pour correspondre à la pleine capacité exigible, le secteur tertiaire devait être privilégié. Une formation pratique pouvant comporter quelques éléments théoriques était envisageable. Le comportement et l'engagement de l'assuré avaient été globalement bons au cours du stage; il fallait cependant relever que les activités de type industriel léger ne suscitaient que peu d'intérêt de sa part. En fin de mesure, les EPI retenaient les orientations suivantes, à plein temps et avec des rendements exigibles de 95% : ouvrier dans le conditionnement ou l'expédition de produits légers, travaux sériels simples et grossiers et aide de bureau (type distribution de courrier). Dans le rapport d'atelier du COPAI du 18 novembre 2008, AA_____ et AB_____, tous deux maîtres de réadaptation, ont conclu que l'assuré pouvait travailler, que ses capacités étaient compatibles avec des activités légères, en position assise ou debout, lui laissant la possibilité d'alterner les positions pour se détendre lorsqu'il en ressentait le besoin, à plein temps (8 heures par jour) et avec un rendement exigible proche de la normale. Les métiers et/ou activités où une réadaptation était possible étaient aide-employé de bureau, ouvrier dans le conditionnement ou l'expédition de produits légers, et travaux sériels simples et grossiers. Pour chaque métier envisagé, les mesures nécessaires étaient une aide au placement, une mise au courant pratique en entreprise, et un poste adapté avec alternances possibles. Le rendement escompté dans le métier envisagé était un plein temps de 8 heures par jour avec un rendement de 95%. En ce qui concerne les limitations, il ne fallait pas de positions statiques, pas de marche sur terrain instable, ni escaliers, ni de genuflexion, un port de charges proscrit et l'assuré n'avait pas de formation reconnue dans le domaine social. Dans un rapport du 24 novembre 2008, le Dr AC_____ (sans spécialisation indiquée) a indiqué que l'état actuel de l'assuré était superposable à celui qui était décrit dans l'expertise du COMAI, que le pronostic cardiovasculaire restait réservé mais n'impliquait pas pour autant d'incapacité de travail dans une activité légère et sédentaire devant pouvoir être exercée à plein temps avec un rendement quasi normal, que l'affection de la cheville limitait

les possibilités de travail physique mais était parfaitement compatible avec une activité sédentaire légère à plein temps, que le stage effectué au COPAI des EPI confirmait les conclusions de l'expertise du COMAI en ce qui concerne l'aptitude au travail, les réserves quant au pronostic de l'affection cardiaque ne modifiant pas cette capacité. Dans un rapport du 14 janvier 2009, le Service de réadaptation professionnelle de l'OAI a indiqué qu'en tenant compte de l'exigibilité médicale, il avait procédé à la comparaison des revenus qui indiquait un degré d'invalidité de 17%, ne permettant pas l'octroi de mesures sous forme de remplacement, que l'aide au placement ne paraissait pas indiquée dans la mesure où l'assuré était dans une optique d'exercer une activité dans un atelier protégé, et enfin, que le degré d'invalidité ne permettait pas l'octroi d'une rente d'invalidité. Pour la détermination du revenu avec invalidité, l'OAI a précisé que, dès lors qu'il existait différents secteurs d'activité dans lesquels l'assuré serait en mesure de mettre en valeur une capacité résiduelle de travail, il y avait lieu de se baser sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2004, TA 1, pour un homme, tous secteurs confondus (total), pour une activité simple et répétitive (niveau 4), que l'on obtenait le montant de 54'864 fr. pour une activité adaptée à un taux de 100% avec une baisse de rendement de 5%, et qu'après réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge, le revenu d'invalidé serait de 49'377 fr. Par rapport au revenu sans invalidité, l'OAI a précisé qu'avant la survenance de l'invalidité suite à l'incapacité de travail ayant débuté en janvier 2004, l'assuré exerçait l'activité d'employé de maison pour l'Etat de Genève, que selon le rapport de l'employeur, la projection du salaire sans invalidité pour l'année 2005 aurait été de 59'290 fr., correspondant au revenu sans invalidité pour l'année de survenance 2005. Le 19 janvier 2009, l'OAI a adressé un projet de refus de rente et de reclassement, en précisant que la comparaison du revenu sans invalidité avec le revenu avec invalidité présentait un degré d'invalidité de 17%, ne donnant pas droit à l'octroi d'une rente d'invalidité, et que, selon le rapport de son service de réadaptation, au vu du degré d'invalidité, un reclassement n'était pas envisageable. Par courrier de son avocat du 20 février 2009, l'assuré a fait opposition au projet de décision et a persisté dans sa demande de rente complète d'invalidité. Il a indiqué qu'au vu de ses multiples limitations, il était incompréhensible que les conclusions fassent état d'une capacité de travail de 100% avec un rendement de 95% et que, par ailleurs, l'OCE confirmait toujours qu'il n'était pas apte au travail. Dans un courrier à l'OAI du 2 juin 2009, le Dr AD _____, sans spécialisation, a indiqué, sans fournir de motivation et/ou d'explications détaillées, que l'incapacité de travail de l'assuré existait depuis le 30 mars 2004 et qu'elle était toujours de 100%. Il a diagnostiqué un état asthmatique, une angine de poitrine, un syndrome lombaire algique, un syndrome dorsal algique, une surdité partielle plus à droite, une arthrose de la cheville gauche et un prostatisme. L'assuré souffrait de céphalées chroniques, d'une fatigue morbide, de vertiges en permanence, et d'une respiration asthmatiforme avec cyanose centrale. Il présentait des dorsalgies et des lombalgies en continu et une insomnie chronique. Le malade transpirait jour et nuit, ce qui nécessitait des changements de sous-vêtements fréquents, et, en plus, était obligé de s'arrêter à plusieurs reprises pendant la marche vu les douleurs de la cheville d'origine arthrotique. Cette situation était stable avec tendance vers l'aggravation. Dans un avis médical du SMR du 13 juillet 2009, le Dr AE _____ et la Dresse AF _____, tous deux sans spécialisation indiquée, ont indiqué que l'état asthmatique mentionné dans le courrier du Dr AD _____ du 2 juin 2009 était pour le moins improbable, que, compte tenu de l'histoire médicale et de la cardiopathie, il semblait s'agir selon toute vraisemblance d'un asthme cardiaque, que néanmoins les répercussions fonctionnelles n'étaient pas claires et

qu'une instruction cardiologique complémentaire semblait indiquée, ce d'autant qu'aucune évaluation n'avait été faite sur ce plan lors du COMAI. Ils ont proposé d'organiser un consilium cardiologique chez le Dr AG_____, spécialiste FMH en cardiologie. Dans un rapport d'expertise médicale AI du 3 août 2009, le Dr AG_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une maladie coronarienne des trois vaisseaux de 2003 avec triple pontage coronarien le 3 mars 2004 (greffon artériel radial séquentiel sur la première diagonale et l'IVA; pontage veineux sur l'artère ventriculaire postérieure), un infarctus survenant entre 2003 et 2007 et une bonne fonction systolique globale, une arthrose post traumatique de la cheville gauche et une surdité droite congénitale avec atrophie mandibulaire et trouble de l'équilibre. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un diabète de type II dès 1999, une obésité avec excès pondéral depuis 2004, une hypertension artérielle d s 2004 et une hypercholestérolémie d s 2000. Dans l'appréciation du cas, le Dr AG_____ a indiqué que l'assuré présentait une maladie coronarienne stable qui n'était pas ou que très peu symptomatique et qui n'était pas invalidante. En effet, les limitations qu'elle entraînait pour l'assuré étaient nettement inférieures aux limites physiques qui avaient été décrites en relation avec l'arthrose de la cheville gauche. Le pronostic de cette affection cardiaque était relativement bon car la fonction systolique du ventricule gauche était normale. Il n'y avait pas d'ischémie objectivable à l'effort et les facteurs de risques étaient correctement traités à l'exception du diabète. Le risque d'un  v nement coronarien ultérieur n'était donc pas spécialement élevé et ne constituait nullement une limitation pour des activités professionnelles. Il a ajouté que cette appréciation était en opposition avec l'expertise médicale réalisée par le COMAI le 10 mars 2008, ne comportant pas d'avis cardiologique spécialisé, qui affirmait que la coronaropathie était sévère, encore symptomatologique lors des efforts physiques et que la limitation du point de vue cardiaque était importante pour toute sollicitation physique modérée et lourde dépassant largement la limitation issue de l'atteinte arthrosique de la cheville gauche. Le Dr AG_____ a toutefois constaté que l'assuré n'avait eu besoin de consulter des cardiologues qu'à une seule reprise depuis son pontage coronarien de 2004 et que le bilan en 2007 n'avait pas objectivé d'ischémie ni de sténose coronarienne significative ou susceptible de s'aggraver à court ou moyen terme, que la seule complication survenue depuis le pontage était un infarctus silencieux, très localisé, objectivable uniquement par des examens spécialisés, que le bilan d'août montrait que la fonction ventriculaire gauche demeurait normale, qu'il n'y avait pas d'ischémie malgré un effort aussi intense que possible par le patient et qu'il n'était donc pas possible d'affirmer que la maladie coronarienne était sévère. La question des symptômes était également discutable, car les douleurs thoraciques droites que le patient soulageait par Trinitrine avait une localisation atypique pour des crises d'angor et habituellement ce genre de douleurs était soulagé entre 3 à 5 minutes par la Trinitrine. Il était donc peu probable que les douleurs thoraciques correspondaient à de l'angine de poitrine. Selon l'avis rhumatologique du SMR du 11 juillet 2006, les limitations fonctionnelles provoquées par l'arthrose de la cheville gauche empêchaient l'assuré de rester debout plus de 15 minutes, de marcher plus de 2 fois une heure par jour, de monter ou descendre les escaliers   répétition, de marcher en terrain instable ou de se déplacer en portant des charges lourdes, et, en respectant ces limitations, l'assuré demeurait dans une zone d'activités largement acceptable pour son status cardiaque. On ne pouvait donc pas affirmer que les limitations cardiaques dépassaient les limitations de l'atteinte arthrosique. S'agissant des limitations en relation avec les troubles constatés, le Dr AG_____ a indiqué que sur le plan physique, la maladie coronarienne empêchait des

activités à intensité élevée et le port de lourdes charges (plus de 10kg) de façon répétée. Une activité de facteur impliquant de longs déplacements n'était plus possible. Une activité d'aide-cuisine impliquant de transporter de lourdes charges n'était pas exigible, et une activité d'assistant social était possible. Les activités sédentaires et à intensité modérée étaient exigibles du point de vue cardiaque. Une activité comme assistant social était exigible à plein temps et, pour les activités susmentionnées, l'on pouvait admettre une diminution de rendement de 5% comme cela avait été évoqué dans une expertise en raison du diabète avec besoin de collations et de repas réguliers. Il a ajouté qu'à la suite du pontage coronarien et de la réadaptation cardiovasculaire, une activité adaptée aurait pu être reprise au printemps 2004, au plus tard 6 mois après l'opération, à temps complet pour les activités sédentaires et modérées (du point de vue cardiaque), et que le degré d'incapacité de travail était resté stable sur le plan cardiaque depuis lors en limitant uniquement les efforts intenses et très soutenus. Par rapport aux mesures de réadaptation professionnelle, le Dr AG _____ a indiqué que, sur le plan cardiaque, elles étaient envisageables immédiatement. Une activité d'aide de cuisine serait envisageable si l'assuré pouvait être déchargé du port des charges. Une activité d'assistant social était envisageable sur le plan cardiaque, étant précisé que les limitations non cardiaques risquaient de limiter les possibilités d'adapter les postes de travail. S'agissant des autres activités exigibles, il a indiqué que, sur le plan cardiaque, les activités sédentaires et les activités ne nécessitant pas de longs déplacements, de ports de charges et d'efforts très soutenus, étaient possibles et pouvaient être exercés à plein temps avec une diminution de rendement de 5 à 10% en raison du diabète, de l'obésité et d'une inactivité professionnelle prolongée. Dans un rapport de test d'effort du 3 août 2009, joint à son expertise, le Dr AG _____ a conclu à un test d'effort sous-maximal sous bêtabloquants cliniquement et électriquement négatif pour une ischémie du myocarde, à une absence d'arythmie, à une bonne adaptation hémodynamique à l'effort et à la phase de récupération, ainsi qu'à une aptitude physique modérée. Dans un avis médical du SMR du 14 août 2009, le Dr AE _____ a indiqué que l'expertise du Dr AG _____ était convaincante, que l'expert expliquait de manière convaincante pourquoi il s'écartait des conclusions du COMAI et qu'en conclusion, les seules limitations fonctionnelles de l'assuré étaient celles en rapport avec l'arthrose de la cheville et l'atteinte oto-vestibulaire, référence étant faite à l'avis médical de la Dresse T _____ du 25 mars 2008. Par décision du 31 août 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré en reprenant l'argumentation exposée dans son projet de décision. Dans un rapport médical AI du 9 septembre 2009, le Dr AD _____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un diabète de type II depuis l'âge d'adulte et une cardiopathie ischémique et, sans répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie. Il a indiqué que l'assuré souffrait de précordialgies, fatigue chronique, dépression, insomnies, troubles de mémoire et de concentration, que le pronostic était peu favorable, que l'incapacité de travail était de 100% à compter du 30 mars 2004 et perdurait, qu'il était impossible d'exiger un travail physique ou psychique quelconque, que l'activité exercée jusque-là n'était plus exigible, que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Par mémoire de son conseil du 2 octobre 2009, l'assuré a recouru contre la décision de l'OAI du 31 août 2009, en concluant à son annulation et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité, avec suite de dépens. Il a conclu préalablement à l'ordonnance d'une expertise multidisciplinaire neutre et impartiale. Il a exposé qu'au vu du rapport d'observation professionnelle des EPI, faisant état de ses limitations, l'activité d'assistant social préconisée par le Dr AG _____ n'était

pas réaliste et qu'en se référant exclusivement au rapport du Dr AG _____, l'OAI n'a pas remarqué que les conclusions de ce dernier étaient en contradiction avec celles du rapport d'observation professionnelle, d'où la nécessité d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il a estimé qu'en tout état de cause, sa capacité de travail était nulle, vu ses nombreuses limitations, ses nombreux rendez-vous de médecin qui ne lui permettraient pas une présence nécessaire pour conserver un emploi et son rendement totalement insuffisant. Dans un rapport du Service de cardiologie des HUG du 5 janvier 2010, les Dr AH _____ et Dr AI _____ ont indiqué avoir effectué un contrôle à distance d'un triple pontage aorto-coronarien. Après avoir exposé les antécédents de l'assuré (triple pontage aorto-coronarien en 2004 avec artère radiale en séquentiel sur la première diagonale et l'IVA et pont veineux sur l'IVP; infarctus inférieur à l'étage moyen non daté; dorsalgies), les facteurs de risque cardio-vasculaire (HTA; diabète de type II; obésité), les anamnèses médicale et sociale (où il est notamment indiqué que le patient effectue divers petits travaux mais n'a pas d'employeur fixe), son status et son traitement, les médecins précités ont relevé que le patient présentait un angor à l'effort stable depuis plusieurs années. Un test d'effort afin de mieux quantifier le seuil ischémique et de décider l'éventuel ajout d'une nouvelle classe médicamenteuse à visée anti-angineuse devait être effectué. Dans un rapport du 17 février 2010, les Dr AH _____ et Dr AI _____ ont indiqué que le test d'effort, largement sous maximal sous bêtabloquants, était cliniquement positif et électriquement négatif. Le patient développait une oppression rétro-sternale typique déjà à 50 Watts pour une fréquence cardiaque à 85/min. La capacité fonctionnelle était faible. Au vu de l'angor invalidant, ils ont augmenté le traitement anti-angineux. Une nouvelle évaluation était prévue dans trois mois. Par lettre de son avocat du 19 février 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions, en se référant aux rapports du Service de cardiologie des HUG des 5 janvier et 17 février 2010. Il a relevé que son état de santé était plus grave que ce qu'avait retenu le Dr AG _____ et que sa capacité à résister à l'effort était faible, les douleurs au cœur et à la poitrine apparaissant rapidement. Dans un avis du SMR du 1^{er} mars 2010, le Dr AJ _____, sans spécialisation indiquée, a essentiellement examiné les rapports des Dr AH _____ et AI _____ et a estimé que si ces derniers révélaient une aggravation de l'état de santé du recourant sous forme de douleurs rétrosternales typiques dès 50 Watts, cette situation n'existait pas lors du test d'effort effectué le 3 août 2008 et que les situations lors desquelles l'angor survenait, soit la marche en montée et la marche rapide en charge, ne devaient pas se retrouver dans l'activité adaptée exigible. Il en a conclu que, jusqu'à la décision dont est recours, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée, théoriquement depuis toujours, avec baisse de rendement de 5% depuis la survenue du diabète II courant 2003. Dans sa réponse du 4 mars 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à l'avis du SMR du 1^{er} mars 2010. Dans un document médical du 4 mars 2010, le Dr AD _____ a indiqué que l'assuré souffrait d'une hypoacusie à droite, d'un diabète de type 2, d'une hypertrophie bénigne de la prostate, de troubles de concentration et de la mémoire et d'épisodes fréquents de l'angine rouge, en ajoutant que cet état de santé revêtait un caractère chronique et définitif, qu'aucune amélioration n'était possible et qu'avec le vieillissement, ce type de problèmes allait s'aggraver. Il a également exposé le traitement médicamenteux suivi. Par lettre du 1^{er} octobre 2010, l'OAI a envoyé certaines pages manquantes de son dossier et a indiqué ne solliciter aucun acte d'instruction complémentaire. Par lettre de son conseil du 8 novembre 2010, le recourant a sollicité l'ordonnance d'une expertise neutre. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31

décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). 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 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). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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 des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré, 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. 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). 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). 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 est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions

de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). 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). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). c) Au sujet des rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Quant aux 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus

subjective du médecin traitant. En l'espèce, l'OAI a considéré que le recourant a toujours disposé d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que son invalidité n'atteignait qu'un degré de 17%, n'ouvrant pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il s'est référé à l'expertise interdisciplinaire du COMAI de Genève du 10 mars 2008, au rapport du COPAI du 9 décembre 2008 et à l'expertise du Dr AG _____ du 3 août 2009, mis en œuvre à la suite de l'arrêt du Tribunal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 13 juin 2007, qui a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, ainsi qu'aux avis du SMR. De son côté, le recourant conteste les conclusions de ces rapports et estime que sa capacité résiduelle de travail est nulle, en se référant essentiellement à l'avis du Dr AD _____ et des Dr AH _____ et AI _____. Il ressort du rapport du COMAI de Genève du 10 mars 2008 que, suite à des examens ostéo-articulaire, psychiatrique, otoneurologique, ophtalmologique, et cardiologiques, menés par divers spécialistes, les experts ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une arthrose post-traumatique à la cheville gauche, une hypoacousie et un trouble d'équilibre sur agénésie à l'oreille droite et une altération de la fonction cochléo-vestibulaire à gauche, une cardiopathie ischémique (status après triple pontage aorto-coronarien en 2004 et infarctus inférieur non daté), et, sans répercussion sur la capacité de travail, un diabète sucré type 2. Après avoir décrits les résultats des examens, les experts ont exposé que l'assuré présentait une dysplasie auto-mandibulaire congénitale qui ne l'avait pas empêché de travailler à plein temps comme facteur, qu'il avait pu effectuer des petits travaux dans la restauration et dans un foyer d'enfants, malgré une arthrose sous-astragaliennne gauche ainsi qu'un diabète non insulino-dépendant, qu'en raison de sa maladie coronarienne sévère avec atteinte de trois vaisseaux, qui avait justifié un triple pontage aorto-coronarien en février 2004 et s'était encore aggravée depuis ce pontage, l'assuré suivait un traitement médicamenteux important et suffisant, que l'assuré se plaignait principalement d'une oppression thoracique à l'effort ainsi que d'une douleur à la cheville gauche. Compte tenu de l'arthrose sous-astragaliennne postérieure trigono-astragaliennne et trigono-calcanéenne au niveau du pied gauche entraînant une limitation de la mobilité avec blocage en valgus et les douleurs affichées par l'assuré et survenant selon la sollicitation physique qui étaient tout à fait crédibles, les experts ont considéré que son activité professionnelle de cuisinier, caractérisée par une position debout prolongée et exigeant le port de charge, n'était pas adaptée à cette atteinte. Prenant en considération l'absence complète de fonctions cochléo-vestibulaires à l'oreille droite et une fonction altérée à gauche, les experts ont également retenu que le recourant présentait des limitations qualitatives qui ne l'avaient toutefois pas empêché d'assumer ses activités jusque là. Enfin, l'évaluation ophtalmologique aboutissait à la constatation d'une vue correcte si on appliquait la correction et l'évaluation psychiatrique avait permis d'écarter toute atteinte psychique. Les experts ont ainsi retenu que le recourant présentait, du point de vue cardiaque, une limitation importante pour toute sollicitation physique modérée et lourde, dépassant largement la limitation issue de l'atteinte arthrosique à la cheville gauche et qu'au niveau physique, l'assuré n'était plus qu'apte à effectuer une activité sédentaire, alors qu'au plan psychique et mental, les experts n'ont retenu aucune limitation. Après avoir considéré que le recourant ne pouvait plus exercer ses anciennes activités de cuisinier et de facteur, les experts ont estimé qu'en revanche, sa capacité de travail était totale, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 5% justifiée par des pauses supplémentaires nécessaires au traitement de son diabète. Force est d'admettre que les experts du COMAI de Genève ont ainsi procédé à une étude

circonstanciée des points litigieux, se sont fondés sur des examens complets, ont pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, ont établi leur rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, ont décrit le contexte médical et ont apprécié la situation médicale de manière claire, et, finalement, ont pris des conclusions qui sont convaincantes et dûment motivées. En d'autres termes, le rapport du COMAI de Genève du 10 mars 2008 remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. Les conclusions du rapport précité sont par ailleurs corroborées par celles du rapport du COPAI du 9 décembre 2008, selon lesquelles le recourant pouvait travailler, à plein temps (8 heures par jour) et avec un rendement de 95%, dans les métiers d'aide-employé de bureau, ouvrier dans le conditionnement ou l'expédition de produits légers, ou impliquant des travaux sériels simples et grossiers. De même, le 24 novembre 2008, le Dr AC_____ a indiqué que l'état actuel de l'assuré était superposable à celui qui était décrit dans l'expertise du COMAI, que le pronostic cardiovasculaire restait réservé mais n'impliquait pas pour autant d'incapacité de travail dans une activité légère et sédentaire devant pouvoir être exercée à plein temps avec un rendement quasi normal, que l'affection de la cheville limitait les possibilités de travail physique mais était parfaitement compatible avec une activité sédentaire légère à plein temps, que le stage effectué au COPAI des EPI confirmait les conclusions de l'expertise du COMAI en ce qui concerne l'aptitude au travail, les réserves quant au pronostic de l'affection cardiaque ne modifiant pas cette capacité. S'agissant de l'expertise cardiologique du Dr AG_____ du 3 août 2009, elle fait état de limitations fonctionnelles moins importantes que celles retenues par le COMAI mais comporte la même conclusion quant à la capacité de travail du recourant, dans la mesure où il est indiqué que, sur le plan cardiaque, les activités sédentaires et les activités ne nécessitant pas de longs déplacements, de ports de charges et d'efforts très soutenus, étaient possibles et pouvaient être exercés à plein temps avec une diminution de rendement de 5 à 10% en raison du diabète, de l'obésité et d'une inactivité professionnelle prolongée. Cette expertise revêt également une pleine valeur probante, sachant que le Dr AG_____ a procédé à une étude circonstanciée des problèmes cardiaques du recourant, s'est fondé sur des examens complets, a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, a décrit le contexte médical et a expliqué les raisons pour lesquelles il estimait que les limitations fonctionnelles étaient moins importantes que celles retenues par le COMAI et, finalement, a pris des conclusions convaincantes et dûment motivées. Quant à l'avis des Dr AH_____ et AI_____, il n'amène pas la Chambre de céans à écarter les conclusions du Dr AG_____, puisque les médecins précités n'ont examiné l'état de santé cardiaque du recourant que plusieurs mois après l'expertise du Dr AG_____, que rien ne permet de retenir que cet état existait déjà à la date de l'expertise en question et, surtout, que les rapports médicaux des Dr AH_____ et AI_____ ne comportent aucune conclusion sur les limitations fonctionnelles et leur incidence sur la capacité de travail du recourant. Enfin, l'avis divergent du Dr AD_____ ne saurait être préféré aux avis médicaux du COMAI et du Dr AG_____, dans la mesure où il est émis dans des certificats médicaux ne comportant ni anamnèse, ni étude circonstanciée des points litigieux, ni une description claire du contexte médical, pas plus que conclusions dûment motivées. En d'autres termes, ces certificats ne remplissent de loin pas les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante leur soit reconnue. En définitive, la Chambre de céans fait sien les avis des médecins du COMAI de Genève et du Dr AG_____, appuyés encore par celui du Dr AC_____, selon lequel le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 5%.

Dans la mesure où tous les aspects de l'état de santé du recourant ont été abordés de manière circonstanciée dans les rapports d'expertise du COMAI de Genève et du Dr AG_____, et qu'à l'appui de sa critique des conclusions des expertises précitées, le recourant n'apporte aucun élément médical nouveau, il ne justifie nullement d'ordonner une nouvelle expertise. La détermination du taux d'invalidité par l'OAI étant exempte de critique et n'étant d'ailleurs pas contestée, la Chambre de céans retiendra que le degré d'invalidité du recourant s'élève à 17%, qui est donc insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette Met un émolument de 500 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD Le président suppléant Patrick UDRY 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.