

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1797/2011

ATAS/133/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 janvier 2014**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur D \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur D\_\_\_\_\_, né en 1953, est au bénéfice d'un diplôme de commerce obtenu à l'École Benedict à Genève en 1971. Par la suite, il a bénéficié d'une formation interne de X\_\_\_\_\_ en qualité d'employé au service externe de la société. Il a travaillé dans cette assurance de 1975 à 1997. En dernier lieu, il a travaillé à raison de 75 % en tant que gestionnaire en assurances de la société Y\_\_\_\_\_ SA et à raison de 25 % en tant que courtier en assurances pour la société Z\_\_\_\_\_ SA.
2. L'intéressé souffre d'une maladie coronarienne sévère qui a provoqué cinq infarctus en 1999, 2002, avril et décembre 2006, ainsi que juillet 2009. A cela s'ajoute une artériopathie des membres inférieurs avec une angioplastie en 1996, 2002, 2003 et 2004.
3. En octobre 2008, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue de mesures de réadaptation professionnelle.
4. Par courrier du 7 novembre 2008, l'assuré informe l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) qu'il était salarié de Y\_\_\_\_\_ SA et de Z\_\_\_\_\_ SA. Dans le cadre de ses emplois il était assuré auprès de respectivement la BALOISE ASSURANCES et la VAUDOISE ASSURANCES, lesquelles ont pris en charge l'incapacité de travail dont il était victime au cours des années 2004 et 2005. Il précise par ailleurs qu'il est devenu actionnaire unique et administrateur des sociétés dont il était employé le 1<sup>er</sup> janvier 2006. En raison des infarctus dont il a été victime en 2006, elles ont fait faillite. En ce qui concerne l'incapacité de travail depuis avril 2006, aucun assureur n'est intervenu pour la perte de gain, les primes des assurances n'ayant pas été payées par les sociétés. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2006, il est soutenu financièrement par l'Hospice Général.
5. Le 16 décembre 2008, le Dr L\_\_\_\_\_, médecin traitant, et le Dr. M\_\_\_\_\_, médecin répondant de la Permanence de Chantepoulet, posent les diagnostics avec effet sur l'incapacité de travail de syndrome d'apnée du sommeil, de périarthrite scapulo-huméral gauche et d'état dépressif. Les diagnostics suivants sont sans effet sur l'incapacité de travail : status post-infarctus en 1999, status angioplastie en 1999, status post-artériopathie des membres inférieurs, status PTCA artère iliaque droite en 2003 et status post-angioplastie en 2006. La capacité de travail est nulle depuis 2007. Les restrictions physiques, mentales et psychiques se manifestent par des insomnies, un état anxio-dépressif, une douleur rétrosternale (DRS), une asthénie, un trouble de la mémoire, des douleurs aux membres inférieurs et une dyspnée. On ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.
6. Le 12 mars 2009, l'OAI communique à l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont actuellement pas possibles.
7. Dans son rapport du 7 avril 2009, la Dresse N\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail de 100 %. Son patient ne peut plus faire des efforts physiques. Par ailleurs,

au travail, il a des bouffées d'angoisses et souffre de colères. Le rendement est également réduit en raison des troubles de la concentration et de la mémoire. Des mesures médicales, à savoir une chirurgie des artères et des membres inférieurs, permettraient de réduire les restrictions. On pourrait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à raison de 30 %.

8. Du 31 juillet au 18 août 2009, l'assuré est hospitalisé aux HUG en raison d'un infarctus du type NSTEMI (Non ST Segment Miocardial infarction). A titre de diagnostics secondaires, les médecins mentionnent une insuffisance artérielle des membres inférieurs stade II B, un tabagisme actif, un état anxio-dépressif et des lombalgies chroniques. Ils maintiennent le traitement habituel pour la dépression, à savoir Cymbalta à raison de 60mg par jour.
9. Selon le rapport de la Consultation multi-disciplinaire angiologie-chirurgie et cardio-vasculaire-radiologie interventionnelle du 15 septembre 2009, l'assuré décrit actuellement une claudication intermittente du membre inférieur droit avec des douleurs partant de la fesse irradiant jusqu'au genou et un périmètre de marche évalué à 50 m. Cette symptomatologie s'accompagne d'une gêne importante dans les activités de la vie quotidienne. Les médecins de cette consultation retiennent l'indication d'une éventuelle tentative de revascularisation. Une prise en charge endovasculaire ne semble pas réalisable à cause de l'étendue de l'obstruction de l'accès iliaque. L'intervention chirurgicale ne pourra être réalisée qu'après un intervalle libre d'au minimum six mois à partir de l'infarctus de début août 2009 en raison du risque per-opératoire important.
10. Le 19 avril 2010, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne à Lausanne. Selon son rapport du 1<sup>er</sup> mai 2010, les diagnostics suivants ont une répercussion sur la capacité de travail : maladie coronarienne sévère tri-tronculaire sur status après infarctus inférieur à 1999 et 2002, status après infarctus inféro-postéro-latéral en avril 2006 et NSTEMI en décembre 2006, ainsi que status après NSTEMI antéro-latéral le 31 juillet 2009 ; artériopathie des membres inférieurs de stade II b à droite avec angioplastie en 1996, 2002, 2003 et 2004. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail: syndrome d'apnées du sommeil appareillé dès 1997, fibromyalgie et troubles anxieux et dépressifs. Sur le plan physique, une activité sédentaire sans port de charges ou uniquement légères de manière non répétitive (maximum 5kg) et avec un périmètre de marche ne dépassant pas 50m pourrait convenir. S'agissant des troubles dépressifs récurrents, actuellement au décours sous traitement antidépresseur, une évaluation précise de ceux-ci dépasse le cadre de l'expertise. L'activité d'assureur-courtier correspond vraisemblablement à une activité adaptée. Elle est exigible à 100 % avec une diminution de rendement de 50 %. Quant à la diminution de la capacité de travail, l'expert relève notamment qu'une incapacité de travail de février 2004 à fin 2005 est déclarée par l'assuré, mais non validée par la présente expertise. Entre 2006 et le 30 juillet 2009, une totale capacité de travail sans diminution de rendement significative est admise.

---

Enfin, l'incapacité de travail à 100 % est justifiée entre le 31 juillet et le 31 décembre 2009. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 50% en tenant compte de la diminution de rendement. Il faut par ailleurs s'attendre à une nouvelle période d'incapacité de travail en août 2010, afin de procéder à une chirurgie vasculaire périphérique qui pourrait éventuellement permettre une amélioration de la qualité de vie, une réadaptation musculaire avec réentraînement et ainsi une augmentation de la capacité de travail. Cependant, l'influence de telles mesures est difficilement prédictible.

11. Le 20 septembre 2010, l'OAI adresse à l'assuré un projet d'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 31 juillet 2010 sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %. Ce faisant, l'OAI admet que le degré d'invalidité se confond avec sa perte de gain, l'activité habituelle étant encore possible.
12. Le 19 octobre 2010, l'assuré conteste ce projet. Il rappelle qu'il a une grave dépression avec une incapacité de travail complète du 27 février 2004 au 31 décembre 2005. Trois mois après la reprise du travail à 100 %, en avril 2006, il a été victime d'un 3<sup>ème</sup> infarctus, puis d'un 4<sup>ème</sup> infarctus le 19 décembre 2006. Ces événements ont très fortement réactivé son état dépressif. A cela s'ajoute une importante occlusion artérielle des membres inférieurs limitant ses déplacements et rendant impossible la mise en route d'un traitement de réadaptation post-infarctus. Le 5<sup>ème</sup> infarctus, en juillet 2009, a de nouveau reporté l'intervention chirurgicale nécessaire pour régler son problème d'occlusion artérielle. Selon l'assuré, il n'a bénéficié d'une pleine capacité de travail que durant moins de quatre mois, à savoir de janvier à avril 2006. Selon les cardiologues aux HUG, son état cardiaque actuel ne lui permettrait selon toute vraisemblance pas de survivre à un 6<sup>ème</sup> infarctus. Par ailleurs, une des médications qu'il est contraint de prendre à vie fait diminuer la pression artérielle à un niveau particulièrement bas, ce qui a pour conséquence un état d'extrême fatigue quasi permanent pouvant aller jusqu'à des vertiges particulièrement incommodants. Lorsqu'il s'est plaint de ses symptômes auprès des cardiologues des HUG, il lui a été répondu qu'il devait comprendre que son état cardiaque actuel équivalait à celui d'un homme de 70 à 80 ans. A cela s'ajoute un nouveau symptôme très incapacitant et pas encore présent lors de l'expertise, sous forme d'une forte dégradation de la qualité du sommeil avec des cauchemars récurrents. Par ailleurs, les cardiologues des HUG viennent de renouveler à l'attention de l'Hospice général un certificat d'incapacité de travail à 100 % jusqu'au mois de janvier prochain. L'expertise ne s'est en outre pas prononcée sur son état de santé sur le plan psychique. A cet égard, il relève que sa capacité de concentration n'excède pas deux heures par jour environ. Il estime ainsi qu'il pourrait tout au plus travailler à domicile, en profitant des quelques créneaux horaires variables, durant lesquels sa capacité de concentration est suffisante.
13. Dans son avis médical du 21 février 2011, le Dr P \_\_\_\_\_ du SMR relève que l'assuré s'est gardé d'apporter un quelconque élément médical objectif à l'appui de ses dires. Ce médecin estime que l'état anxio-dépressif ne justifie aucune limitation

de la capacité de travail, comme l'a retenu le Dr O\_\_\_\_\_. Par ailleurs, le descriptif du quotidien de l'assuré ne correspond pas à celui d'un dépressif sévère et ce n'est pas un assuré effondré. Partant, il maintient que la capacité de travail est de 50 % dans l'activité habituelle et dans une autre activité adaptée.

14. Par décision du 11 mai 2011, l'OAI confirme le projet de décision précité.
15. Par acte du 9 juin 2011, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière. Il relève qu'il a déposé une demande de réadaptation professionnelle en 2008, dès lors que son état de santé ne lui permet plus d'assumer son activité professionnelle en qualité de gestionnaire et courtier en assurances privées, en raison de la très forte induction de stress de cette activité, de la constance et de la disponibilité requises. Entre temps, il a subi un nouvel infarctus en juillet 2009. Il reproche à l'expert de ne pas avoir pris en compte la dégradation non négligeable de son état psychique. L'expert mandaté admet par ailleurs que ses compétences ne lui permettent pas d'apprécier cette question. Le recourant demande ainsi la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour évaluer la répercussion des troubles psychiques sur sa capacité de travail et persiste à considérer qu'il est totalement incapable de travailler. Enfin, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé au calcul de sa perte de gain qui serait supérieure à 50 % au regard des revenus dont il bénéficiait avant son invalidité.
16. Dans sa réponse du 24 juin 2011, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ doit se faire reconnaître une pleine valeur probante. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, le juge doit tenir compte du fait que, de par sa position de confident privilégié, le médecin traitant tranche dans le doute en faveur du patient. Concernant la naissance du droit à la rente, ce droit naît au plus tôt après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande en vertu de la loi. Par ailleurs, l'intimé persiste à considérer que, dans le cas présent, l'incapacité de travail se confond avec l'incapacité de gain, l'activité habituelle étant adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.
17. A la demande de la Cour, le Docteur Q\_\_\_\_\_ du service de cardiologie et des HUG renseigne la Cour le 9 août 2011 que le recourant souffre d'une cardiopathie ischémique avec de multiples antécédents d'évènements coronariens (6 depuis 1999) qui ont nécessité de multiples interventions coronariennes percutanées (5 depuis 1999). Actuellement, le recourant présente une dysfonction ventriculaire gauche systolique modérée. A cela s'ajoute une insuffisance artérielle des membres inférieurs ayant nécessité de multiples interventions dont une angioplastie percutanée depuis 1996 (4 interventions jusqu'en août 2004). L'assuré est de ce fait très gêné par une claudication intermittente de stade IIB, raison pour laquelle une intervention chirurgicale, sous forme d'un carrefour aorto-bi fémoral, est envisagée dans le courant du mois d'août 2011. Le recourant étant incapable d'effectuer un test d'effort, le Docteur Q\_\_\_\_\_ se voit dans l'impossibilité de se prononcer sur la capacité de travail du patient, et propose d'effectuer un nouveau

bilan cardiologique après l'intervention chirurgicale et après une période de réadaptation.

18. Par courrier du 26 août 2011, la Doctoresse N\_\_\_\_\_ informe la Cour qu'elle partage l'avis du Docteur O\_\_\_\_\_, selon lequel la capacité de travail du recourant dans son activité de courtier d'assurance est de 50%.
19. Le 18 mai 2012, le recourant informe la Cour qu'il a finalement renoncé à l'opération en relation avec son problème circulatoire des membres inférieurs, s'agissant d'une intervention assez lourde, avec certains risques, sans garantie de succès. Il se soumettrait par ailleurs prochainement à un bilan cardiologique. Il fait également savoir à la Cour qu'il continue à prendre les antidépresseurs depuis son infarctus de décembre 2006 et qu'il est suivi hebdomadairement par un psychiatre qui a également attesté une incapacité de travail totale.
20. Lors de son audition en date du 20 juin 2012, le recourant déclare ce qui suit:

"Je persiste à demander la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Concernant mon goût pour la lecture, je me sens diminué dans ma concentration et à cause de ma grande fatigue. Auparavant, je lisais un livre par soir. Aujourd'hui, il me faut une semaine pour lire un livre.

L'activité de courtier en assurances et de gestionnaire d'assurances est très stressante. On est sans arrêt au service d'une clientèle exigeante, on doit avoir des temps de réaction très courts. Je travaillais douze à quinze heures par jour. Je ne pourrais plus travailler dans ce domaine aujourd'hui, raison pour laquelle j'ai demandé des mesures de réadaptation. La moindre contrariété m'angoisse et je ne me vois plus travailler au contact d'autres personnes. Je suis devenu presque allergique à ce genre d'activités.

Pour ma part, j'estime avoir tout au plus une capacité de travail de 20 à 30%. Toutefois, je pourrais uniquement exercer une activité très peu stressante, telle qu'une activité de saisie de données par exemple.

En 2005, la Dresse R\_\_\_\_\_ voulait déjà que je m'annonce à l'AI, estimant que je ne pouvais plus continuer à travailler. Je précise par ailleurs qu'à cause de mes infarctus et aux absences y liées, j'ai perdu beaucoup de mandats avant que je n'arrête de travailler.

En 1997, je suis devenu indépendant et, dans un premier temps, j'ai beaucoup vécu sur mon deuxième pilier, que j'avais retiré. A cela s'ajoute que certaines charges privées passaient sous frais d'entreprise. Petit à petit, mon portefeuille a grandi et j'ai réalisé des revenus confortables, à savoir environ 120'000 fr. par an.

Il est vrai que la Dresse N\_\_\_\_\_ a confirmé l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ quant à ma capacité de travail. Toutefois, je n'ai vu ce

médecin que trois fois. Par ailleurs, j'ai été en conflit avec elle concernant une note d'honoraires. Les médecins des HUG ont au contraire toujours certifié une incapacité de travail totale.

Je conteste également le début du droit à la rente. En effet, je suis en incapacité totale de travailler depuis fin 2006, ce qui n'a pas été reconnu par le Dr O\_\_\_\_\_. Tous les mois, je remettais à l'Hospice général les certificats d'incapacité de travail afin de toucher l'aide sociale."

21. Le 22 juillet 2012, la Doctoresse R\_\_\_\_\_, psychiatre, informe la Cour avoir suivi le recourant du 24 février 2004 au 21 février 2006. Elle a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques, et des phobies sociales. Le patient souffrait d'adynamie, anhédonie, perte de l'élan vital, tristesse, culpabilité, sentiment d'inutilité, perte d'estime de soi, angoisse intense avec peur du regard des autres rendant les contacts insurmontables. La capacité de travail était de 0 à 40% au mieux, avec systématiquement une rechute lorsqu'il était à 40%. En raison de la récurrence des états dépressifs et de la phobie sociale, le pronostic était réservé. Seule une activité dans un cadre stable et sécurisant entrait en considération, condition qui ne lui était pas garantie dans son activité indépendante. Cette profession était donc inadaptée, en raison des responsabilités et des multiples contacts sociaux.
22. Le 20 août 2012, la Dresse N\_\_\_\_\_ du SMR a relevé, concernant la date du début de l'incapacité de travail qu'on ignorait si l'assuré avait repris une activité professionnelle entre décembre 2006 et juillet 2009, en l'absence d'un bilan comptable. Elle admet par ailleurs que le métier de courtier en assurance indépendant peut être considéré comme stressant et que cela n'a pas été pris en compte par le Dr O\_\_\_\_\_. La capacité de travail devait être déterminée sur la base d'une expertise psychiatrique.
23. Dans ses écritures du 4 septembre 2012, l'intimé a réservé ses conclusions sur le fond.
24. Par courrier reçu le 2 octobre 2012, la Dresse S\_\_\_\_\_, psychiatre, a informé la Cour que le recourant présente un trouble dépressif récurrent et un trouble anxieux-phobique, avec une évolution défavorable depuis 2006, en raison d'un isolement social et d'une incapacité physique de plus en plus invalidante. Les limitations sont un état d'épuisement physique et psychique, un ralentissement profond de la pensée, de la capacité de concentration et d'attention. Il présente en outre une humeur triste, une anhédonie et une très faible estime de soi. La tolérance au stress est actuellement quasi nulle et l'incapacité de travail est totale. Selon ce médecin, il n'y a pas d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recourant suit un traitement médicamenteux et une psychothérapie à raison d'une session par semaine. La compliance est bonne.
25. Le 8 octobre 2012, les Drs Q\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ de la consultation ambulatoire de cardiologie des HUG attestent avoir fait un bilan complet en juillet

2012, lequel montre une dysfonction cardiaque importante, pour laquelle le patient va devoir bénéficier d'un défibrillateur. Compte tenu de ce fait, d'une artériopathie des membres inférieurs sévère et d'un état dépressif et anxieux sous-jacent, la capacité de travail est inférieure à 20%.

26. Le 1<sup>er</sup> novembre 2012, un défibrillateur est implanté.
27. Dans son avis médical du 9 novembre 2012, le Docteur A\_\_\_\_\_ du SMR estime que le rapport précité est trop sommaire et préconise une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et cardiologique. L'intimé se rallie à cet avis, dans ses écritures du 4 décembre 2012.
28. Le 24 janvier 2013, le recourant demande directement à l'intimé des mesures de réadaptations professionnelles, ne pouvant plus exercer sa profession antérieure.
29. Le 26 janvier 2013, le recourant transmet copie de cette missive à la Cour, tout en persistant dans ces conclusions antérieures.
30. Le 20 février 2013, le Docteur Q\_\_\_\_\_ transmet à la Cour, le rapport relatif au bilan cardiologique du 26 juin 2012.
31. Dans son avis médical du 11 mars 2013, la Dresse U\_\_\_\_\_ du SMR relève que l'échographie cardiaque transthoracique du 26 juin 2012 indique une légère diminution de la fraction d'éjection du ventricule gauche à 30-35% par rapport au dernier examen de 2011. En octobre 2009, cette fraction avait été de 40%. Il y a ainsi une évolution défavorable de la cardiopathie ischémique. Néanmoins, elle estime que seule une expertise multidisciplinaire dans les domaines de médecine interne, cardiologie et psychiatrie, pourrait évaluer avec précision les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. L'intimé se rallie à cet avis dans ses écritures du 21 mars 2013.
32. Par ordonnance du 17 juin 2013, la Chambre de céans mandate les Drs V\_\_\_\_\_, cardiologue, et W\_\_\_\_\_, psychiatre, pour une expertise bidisciplinaire.
33. Dans son expertise du 3 décembre 2013, l'expert cardiologue pose les diagnostics d'une maladie coronarienne très sévère avec atteinte actuellement du tronc commun et diminution de la fonction systolique du ventricule gauche. La limitation fonctionnelle de l'expertisé est pratiquement complète et sa capacité de travail actuelle, sur le plan cardiologique, est nulle, tant dans sa profession antérieure de courtier en assurance que dans une quelconque activité adaptée. Quant à l'évolution de la capacité de travail au niveau cardiologique depuis avril 2006, l'expert a indiqué que la capacité de travail au niveau cardiologique avait évolué de manière négative depuis avril 2006, la maladie coronarienne ayant avancé. Ainsi, trois mois après la reprise du travail à 100 % en avril 2006, l'assuré avait été victime d'un troisième infarctus, puis d'un quatrième infarctus le 19 décembre 2006. Cela étant, l'expert a considéré que la capacité de travail était nulle depuis 2007, ce qui avait par ailleurs été attesté par la Dresse N\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 avril 2009.

---

Selon le Dr O \_\_\_\_\_, la capacité de travail dans l'activité actuelle était de 50 %. Quant au Dr Q \_\_\_\_\_, il l'a estimée à moins de 20 % le 8 octobre 2012. D'un point de vue cardiologique, le pronostic est très réservé. Enfin, en ce qui concerne l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_, elle n'était plus du tout à l'ordre du jour actuellement, la maladie cardiaque du recourant étant très grave. Par ailleurs, la dépression elle-même a pu aggraver la maladie coronarienne, selon plusieurs études récentes, dès lors que la dépression est un facteur de risque de morbidité et de mortalité chez les personnes souffrant d'une maladie coronarienne préexistante, surtout après infarctus. Ainsi, la dépression est associée à un taux de mortalité cardiaque augmenté de trois à quatre fois.

34. Dans sa lettre de la même date au second expert judiciaire mandaté, le Dr W \_\_\_\_\_, le Dr V \_\_\_\_\_ fait notamment état de ce qui suit:

"La progression de la maladie coronarienne a été relativement rapide, puisque lors du dernier contrôle coronarographique en 2009 il n'y avait pas d'atteinte du tronc commun. Une des causes de cette progression est la présence concomitante chez [le recourant] de l'état dépressif nourri naturellement par sa situation instable du point de vue social et professionnel. En effet, on sait aujourd'hui sur la base de plusieurs études que la dépression est elle-même un facteur de risque indépendant de développer ou de péjorer une maladie coronarienne préexistante ou de présenter un évènement cardiaque ischémique."

35. Compte tenu de l'expertise cardiologique, la Chambre de céans a invité l'expert psychiatre à surseoir à son expertise.

36. Dans son avis médical du 16 décembre 2013, la Dresse N \_\_\_\_\_ du SMR admet une aggravation de la maladie coronarienne et une absence de toute capacité de travail, sur la base de l'expertise judiciaire. Toutefois, elle met en doute que la capacité de travail était déjà nulle depuis 2007 et que l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ n'est plus d'actualité. Elle reproche à cet égard à l'expert de ne pas avoir précisé si la capacité de travail était nulle depuis 2007 dans toute activité ou seulement dans l'activité habituelle. Il ne s'est pas prononcé non plus sur la question de savoir si l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ est convaincante et sinon pourquoi. Par ailleurs, la Dresse N \_\_\_\_\_, après l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_, avait estimé que la capacité de travail était complète. Quant au Dr O \_\_\_\_\_, il reconnaissait un début d'incapacité de travail en juillet 2009, dans les suites de l'infarctus. Cela étant, selon la Dresse N \_\_\_\_\_, l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ reste convaincante et une incapacité de travail totale ne peut être admise qu'à partir d'août 2012. Au niveau psychiatrique, ce médecin relève qu'il n'y a plus eu de prise en charge psychiatrique spécialisée depuis 2006, même si le traitement antidépresseur a été poursuivi. Ne connaissant pas l'évolution de l'assuré sur le plan psychiatrique entre 2010 et l'été 2012, elle estime nécessaire de maintenir le mandat d'expertise psychiatrique judiciaire.

37. Dans ses écritures du 9 janvier 2014, l'intimé fait sienne l'appréciation du SMR précité.
38. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question du degré d'invalidité du recourant.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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 273 consid. 4a). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

6. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (ATF non publié 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1<sup>er</sup> juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (ATF non publié 9C\_473/2011 du 14 mai 2012, consid. 4.1). Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références).

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).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

c. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution

---

fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, l'intimé admet une incapacité de travail totale dès août 2012, soit postérieurement à la décision litigieuse du 11 mai 2011. Il sied par conséquent d'apprécier l'état de santé et l'incapacité du recourant à partir du moment où, au plus tôt, il aurait pu prétendre aux prestations d'invalidité, soit en l'occurrence en février 2009, six mois après le dépôt de sa demande en août 2008. Dès lors que l'invalidité devait exister à 40 % au moins depuis une année, est déterminant l'état de santé dès février 2008.

Selon l'expert judiciaire, la capacité de travail du recourant est nulle depuis 2007. Cependant, l'expert ne donne aucune explication quant à cette appréciation. Il semble qu'il se soit fondé pour celle-ci sur le rapport du 16 décembre 2008 des médecins traitants, les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. Par la suite, la Dresse N\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail totale de 100 %, dans son rapport du 7 avril 2009. Outre la limitation fonctionnelle pour les efforts physiques, elle fait état de bouffées d'angoisse et de colère, ainsi que d'une diminution du rendement en raison du trouble de la concentration et de la mémoire. On pourrait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à raison de 30 %. Cependant, le Dr O\_\_\_\_\_ admet pour la même période une totale capacité de travail sans diminution de rendement significative. Certes, son expertise remplit, sur le plan formel, les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, il convient de relever que, d'une part, l'expert n'a pas vu le recourant à cette époque. De surcroît, il n'est pas spécialiste en cardiologie, contrairement à la Dresse N\_\_\_\_\_. De plus, le caractère sévère de la pathologie cardiologique est confirmé par le nouvel infarctus du recourant en juillet 2009.

Certes, en août 2011, la Dresse N\_\_\_\_\_ se rallie aux conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ et admet que la capacité du recourant dans son activité de courtier d'assurance est de 50 %. Cependant, une valeur probante ne peut être accordée à cette appréciation, dans la mesure où le recourant était en conflit avec cette cardiologue au sujet des notes d'honoraires, comme cela ressort de ses déclarations lors de son audition devant la chambre de céans. Par ailleurs, elle se contredit elle-même, dès lors qu'elle avait considéré en avril 2009 que la capacité de travail était nulle.

Partant, la chambre de céans estime qu'il y a lieu de se fonder sur l'appréciation de la capacité de travail de la Dresse N\_\_\_\_\_ en avril 2009. Quant à celles des Drs Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, il sied de relever que ceux-ci ne sont spécialistes ni en cardiologie ni en psychiatrie. Ainsi, ce rapport est insuffisant pour admettre qu'après l'infarctus de décembre 2006, le recourant était en incapacité de travail durable en 2007 pendant une année au moins. Il est en effet possible qu'il ait pu récupérer une capacité de travail six mois après cet infarctus.

En septembre 2009, il est question, dans le rapport de la consultation multi-disciplinaire angiologie-chirurgie et cardiovasculaire-radiologie interconventionnelle, d'une intervention chirurgicale en vue d'une revascularisation. Cependant, une telle intervention ne pourrait être réalisée qu'après un intervalle libre d'au moins six mois après l'infarctus de juillet 2009, selon les médecins. Cela étant, la Chambre de céans estime également convaincant le fait que la capacité de travail du recourant est restée nulle durant toute l'année 2009, ce qui correspond du reste à l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_ qui a admis une incapacité de travail totale entre le 31 juillet et le 31 décembre 2009.

Dans le cadre de l'instruction du recours, la Chambre de céans soumet l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ au Dr Q\_\_\_\_\_ du Service de cardiologie des HUG et lui demande de déterminer la capacité de travail. Cependant, à ce moment, soit en août 2011, ce médecin ne peut se prononcer sur la capacité de travail du recourant, celui-ci étant incapable d'effectuer un test d'effort. Par la suite, ce médecin atteste en octobre 2012, sur la base d'un bilan cardiologique complet, que la capacité de travail est inférieure à 20 %. Il est vrai que, à ce moment, son état s'est encore détérioré, le recourant souffrant d'une dysfonction cardiaque importante, pour laquelle il va devoir bénéficier d'un défibrillateur. Enfin, la capacité de travail est également réduite en raison d'une artériopathie des membres inférieurs sévères et d'un état dépressif et anxieux sous-jacent.

Entre début 2010 et août 2011, il n'y pas lieu d'admettre une amélioration de l'état sur le plan cardiologique. Tout en contraire, selon l'expert judiciaire, la progression de la maladie coronarienne a été relativement rapide depuis le dernier contrôle coronarographique en 2009, comme il ressort du courrier qu'il a adressé au Dr W\_\_\_\_\_.

Sur le plan psychiatrique, il convient de relever qu'une expertise n'a aujourd'hui guère de sens, si ce n'est pour apprécier la capacité de travail du recourant rétroactivement à partir de février 2008. Pour ce faire, l'expert devrait toutefois se fonder sur les rapports en sa possession, tout comme la Chambre de céans. A cet égard, il résulte du dossier que le recourant était en incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques du 24 février 2004 au 21 février 2006, selon le rapport du 22 juillet 2012 de la Dresse R\_\_\_\_\_. Le diagnostic de cette psychiatre était alors un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique et de phobies sociales. Par ailleurs, le 16 décembre 2008, les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ font également état d'un état anxio-dépressif et d'un trouble de la mémoire. La Dresse N\_\_\_\_\_ le confirme dans son rapport du 7 avril 2009. Les médecins des HUG, où le recourant est hospitalisé suite à l'infarctus de juillet 2009, posent aussi le diagnostic d'un état anxio-dépressif, de même que le Dr O\_\_\_\_\_ dans son expertise. Celui-ci estime toutefois que ce trouble n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Concernant les troubles dépressifs récurrents, au moment de l'expertise au décours sous traitement antidépresseur, il admet qu'une évaluation précise de ceux-ci dépasse le cadre de

l'expertise. Le 2 octobre 2012, la Dresse S\_\_\_\_\_, psychiatre, émet le diagnostic de trouble dépressif récurrent et de trouble anxieux-phobique depuis 2006 avec une évolution défavorable. La capacité de travail est nulle.

Il ressort de ces rapports que la présence de troubles psychiques depuis 2004 ne peut être niée, cet élément étant confirmé par tous les médecins. Par ailleurs, s'agissant d'un état dépressif récurrent, il se pourrait également que le recourant se soit trouvé dans une phase de rémission, lorsqu'il a été examiné en avril 2010 par le Dr O\_\_\_\_\_. Ses conclusions à ce sujet ont dès lors une valeur probante limitée, comme il l'admet lui-même.

Cela étant, compte tenu d'une incapacité de travail d'avril à décembre 2009 en tout cas, comme relevé ci-dessus, de la détérioration de l'état cardiologique constaté par la suite en 2012, de l'artériopathie des membres inférieurs ayant nécessité des multiples interventions et du trouble dépressif récurrent, la chambre de céans estime qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, le recourant n'a pu recouvrer une capacité de travail après 2009 et que celle-ci était dès lors presque nulle au moins depuis avril 2009, étant rappelé que la Dresse N\_\_\_\_\_ avait estimé à cette date que tout au plus une activité professionnelle pouvait être reprise à raison de 30 %. Or, un degré d'invalidité de 70 % ouvre déjà le droit à une rente entière. Enfin, il convient d'ajouter que, selon le Dr V\_\_\_\_\_ un trouble dépressif est un facteur de risque de morbidité et de mortalité augmenté chez les patients avec maladie coronarienne préexistante et surtout après infarctus. Cela va également dans le sens d'une incapacité de travail totale dès avril 2009.

Il sied encore d'ajouter que le recourant n'aurait pas pu exercer l'activité de courtier en assurance, dans la mesure où il ressort clairement des rapports médicaux qu'il devait éviter tout stress. En effet, un tel travail comporte beaucoup de stress, selon les déclarations du recourant devant la chambre de céans, ce que du reste le médecin du SMR a également admis dans son avis médical du 20 août 2012. Partant, vraisemblablement, une comparaison du salaire sans invalidité avec celui que le recourant aurait pu obtenir dans une activité adaptée à 50 % révélerait une perte de gain supérieure à 70 %.

Ainsi, le droit à une rente entière doit être admis après l'écoulement du délai d'attente d'une année, soit dès avril 2010. Avant cette date, il est certes possible que le recourant ait présenté une incapacité de travail. Cependant, sur la base du dossier, cela ne peut être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante.

10. Cela étant, le recours sera très largement admis et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à partir du 1<sup>er</sup> avril 2010.
11. Dans la mesure où l'intimé succombe, un émolument de justice de 1'000 fr. est mis à sa charge.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 11 mai 2011.
4. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> avril 2010.
5. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le