

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1814/2009

ATAS/212/2011

**ARRET**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 21 février 2011**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, représenté par la  
Fondation Suisse du Service Social International

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs.**

---

### EN FAIT

1. Monsieur S\_\_\_\_\_, (ci-après le recourant ou l'assuré), né en 1968, originaire d'Inde est arrivé en Suisse le 3 mars 1999. Il a exercé une activité de cuisinier en Inde.
2. L'assuré a séjourné au Département de médecine interne du 28 avril 1999 au 6 mai 1999. Dans leur rapport du 10 mai 1999, les Drs A\_\_\_\_\_, chef de clinique et B\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont indiqué que celui-ci a été hospitalisé en raison de douleurs abdominales diffuses avec un foie de stase sur décompensation cardiaque probable dans le contexte d'une cardiomyopathie dilatée d'étiologie indéterminée, probablement consécutive à la prise de bêtabloquants. Il présentait également une coprostase qui s'était toutefois rapidement amendée suite à un lavement. Les médecins ont précisé qu'à long terme, une transplantation cardiaque était à envisager, mais que l'assuré n'était, selon les cardiologues, pas un patient idéal au regard de l'incertitude de son avenir en Suisse et des difficultés de langue. Les dermatologues ont par ailleurs mis en évidence une possible gale.
3. Le 24 juillet 2001, le Dr C\_\_\_\_\_, FMH cardiologie, a indiqué que l'assuré présentait une insuffisance cardiaque décompensée sévère et qu'en cas d'aggravation une transplantation cardiaque devait être envisagée. La compensation de l'insuffisance cardiaque était effectuée par un traitement médical.
4. L'assuré a travaillé en tant qu'aide de cuisine à 100 % "CHEZ X\_\_\_\_\_" du 1<sup>er</sup> mai 2002 au 31 janvier 2003 pour un salaire mensuel brut de 4'000 fr.. Il a été licencié par son employeur suite à un certificat médical de la Dresse D\_\_\_\_\_, FMH endocrinologie, diabétologie et médecine interne, du 23 décembre 2002 qui attestait qu'il devait changer d'activité professionnelle pour des raisons de santé. En effet, le patient souffrait d'une cardiomyopathie sévère, actuellement bien compensée mais il était sensible à la vapeur et à la chaleur des cuisines.

Les médecins-traitants de l'assuré ont attesté des incapacités de travail suivantes :

- La Dresse D\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité totale de travail du 28 novembre 2002 au 31 janvier 2003 avec une reprise de travail dès le 1<sup>er</sup> février 2003 (avis du 21 janvier 2003), puis d'une nouvelle incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès cette même date (avis du 2 juin 2005).
- Le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 31 janvier 2004 et d'une capacité de 50 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> février 2004 (avis des 29 janvier, 8 juin, 29 juin 2004 et 28 juin 2005).

- Le Dr E \_\_\_\_\_, de la Permanence Rond-Point de Plainpalais, a attesté d'une incapacité totale de travail du 21 juin au 20 juillet 2004.
  - Le Dr F \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 25 mai 2007 (certificat du 3 octobre 2008).
5. Le 3 février 2003, l'assuré s'est inscrit à l'Office cantonal de l'emploi (ci-après OCE) et a bénéficié d'indemnités dès cette date, un délai cadre d'indemnisation ayant été ouvert jusqu'au 2 février 2005. Du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 30 septembre 2007, il a travaillé comme aide de cuisine à 50 % pour le restaurant le Calamar; il a été licencié le 11 septembre 2007 en raison de son absence pour maladie depuis le 3 mars 2007.
  6. Dans un rapport médical du 12 février 2003, le Dr C \_\_\_\_\_ a posé comme diagnostic une cardiomyopathie sévère dont la fraction d'éjection était estimée entre 30-35% et une insuffisance cardiaque globale compensée. Il a précisé que le bilan effectué n'avait pas mis en évidence une aggravation par rapport à celui effectué en août 2002. Il a expliqué que grâce à la majoration du traitement médical, l'insuffisance cardiaque avait pu être maîtrisée et que le patient semblait être beaucoup plus compliant par rapport à son traitement actuel.
  7. Une échographie cardiaque effectuée le 22 octobre 2003 a mis en évidence un ventricule gauche sévèrement dilaté avec diminution modérée à sévère quasiment homogène de la fonction systolique, une hypokinésie sévère diffuse marquée dans les territoires antérieurs, une fraction d'éjection visuellement estimée à 20-25 %, une oreillette gauche de taille normale et une insuffisance mitrale modérée.
  8. Le 29 octobre 2003, le Dr G \_\_\_\_\_, FMH pneumologie, a évoqué une toux chronique.
  9. Le 20 mai 2003, le Dr H \_\_\_\_\_, FMH médecine interne, médecin conseil de l'OCE, a rendu un préavis médical. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité sans gros efforts physiques et sans vapeurs de cuisine. Une activité de barman, serveur, nettoyeur ou plongeur était possible, pour autant que la plonge soit dans la cuisine avec dégagement de vapeurs nocives.
  10. Dans un avis médical du 6 avril 2004, le Dr I \_\_\_\_\_, cardiologue FMH et médecin conseil de l'OCE, a indiqué que l'assuré pouvait exercer une activité légère à raison de 50 %.
  11. En raison de sa toux chronique, l'assuré a subi un CT thoracique le 20 août 2004, lequel n'a pas mis en évidence de fibrose, ni de processus infiltrant diffus, mais des discrets troubles ventilatoires périphériques.

12. Le 16 septembre 2004, le service de pneumologie des Hôpitaux Universitaires du cantonal de Genève (HUG) a évoqué une bronchite chronique à éosinophiles ou une toux sur reflux gastro-oesophagien.
13. Une échographie cardiaque a été effectuée le 28 janvier 2005, par le Dr C\_\_\_\_\_. Ce dernier a conclu à un ventricule gauche modérément dilaté avec diminution de modérée à sévère inhomogène de la fonction systolique, à une hyperkinésie sévère antérieure étendue, à une nette récupération de la fonction systolique inféro-postérieure, à une fraction d'éjection visuellement estimée à 35-40% et une insuffisance mitrale discrète. Il a relevé que l'examen avait permis de mettre en évidence une diminution des dimensions des cavités cardiaques en général avec une amélioration de la fonction systolique du ventricule gauche. Il a noté une nette récupération de la fonction systolique dans le territoire inféro-postérieur avec la persistance d'une hypokinésie sévère dans le territoire intérieur. Par ailleurs, l'insuffisance mitrale apparaissait actuellement discrète.
14. Dans un préavis médical du 31 janvier 2005, le Dr J\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH et médecin-conseil de l'OCE, a estimé que la capacité de travail du recourant était de 50 %. Il a précisé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais qu'une activité adaptée, soit une activité lui permettant de rester assis pendant 4 heures par jour et n'exigeant pas de lui de se tenir debout ni de rester dans la même position pendant plus d'une à deux heures par jour, pouvait être exigée à raison de 50 %. S'agissant des limitations, il fallait tenir compte du fait qu'il ne pouvait marcher davantage que 100 mètres, qu'il n'était pas capable de porter, lever ou déplacer des charges, qu'il pouvait occasionnellement faire des mouvements avec ses membres, ne pouvait exercer une activité à horaires irréguliers, ni faire des activités en hauteur et, enfin, qu'il devait éviter tout travail dans un environnement froid. Le médecin a ajouté qu'outre les problèmes liés au cœur, il s'agissait en premier lieu d'un problème d'intégration chez un demandeur d'asile.
15. L'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) une demande de prestation, le 11 avril 2005, visant à un reclassement dans une nouvelle profession ou l'obtention d'une rente. Il a indiqué avoir dû régulièrement s'absenter depuis le début de son activité pour des raisons de maladie, jusqu'à ce que son médecin le mette en incapacité de travail à 50 % ou 100 % depuis le mois de mars 1999 jusqu'à ce jour.
16. Le 2 juin 2005, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité légère, en évitant une atmosphère surchauffée ou humide était possible. L'incapacité de travail était totale dans l'activité exercée jusqu'à maintenant depuis début 2005.

17. Dans un questionnaire médical du 28 juin 2005, le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé que l'incapacité de travail de l'assuré était de 50 %, dès le 1<sup>er</sup> février 2004, et ce dans divers travaux non qualifiés. Il a ajouté que des mesures professionnelles étaient indiquées.
18. Dans un rapport médical du 29 juin 2005, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostic une cardiomyopathie dilatée sévère et une insuffisance cardiaque globale. Il a précisé que le cas de l'assuré avait été présenté à l'unité de transplantation cardiaque de l'HOPITAL CANTONAL DE GENEVE (ci-après HUG), mais que ce dernier n'était pas un candidat idéal. Sur le plan symptomatique, il a ajouté que l'assuré restait en insuffisance cardiaque stade II-III, présentant une dyspnée à l'effort, parfois même de faible intensité. Objectivement il était actuellement bien compensé sur le plan de l'insuffisance cardiaque et restait toujours en rythme sinusal régulier malgré la dilatation très importante des cavités cardiaques. Il a relevé qu'il y avait une nette amélioration depuis l'échographie de janvier 2005 s'agissant de la dilatation des cavités cardiaques aujourd'hui estimée à 35-40 %. Sur le plan professionnel, l'assuré pouvait, selon lui, reprendre un travail sédentaire à 50% mais ce dernier restait extrêmement handicapé par son incapacité de communiquer en français et une intégration sociale extrêmement médiocre.
19. Le 15 février 2006, le Dr K\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la capacité de travail n'avais jamais dépassé 50 % "(même 100 % IT avant et au moment de ses années en Suisse)".
20. Par projet de décision du 13 décembre 2006, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré au motif que l'invalidité était totale depuis 1998 et donc préexistante à son entrée en Suisse. Ce dernier ne comptait ainsi pas une année d'assurance au moins lors de la survenance de son invalidité.
21. Dans un courrier du 16 janvier 2007, l'assuré a contesté ledit projet, alléguant, pièce à l'appui, avoir travaillé pendant 9 mois de mai à décembre 2002 en tant que garçon de cuisine et ayant par la suite été au chômage et apte au placement. Il n'était par conséquent pas invalide lorsqu'il était arrivé en Suisse. Il a également précisé qu'il travaillait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 à mi-temps en qualité d'aide de cuisine.
22. Le 19 février 2007, le Dr K\_\_\_\_\_ a répondu au gestionnaire du dossier qui se demandait si une reconsidération de la décision se justifiait au vu des périodes de travail de l'assuré que "max 50 % depuis 1998. Pas d'indication pour une aggravation récente".
23. Le 21 mars 2007, l'assuré a été hospitalisé dans le service de dermatologie des HUG, lequel a certifié une incapacité totale de travail du 21 au 31 mars 2007 (avis du 30 mars 2007).

24. Le 11 septembre 2007, l'assuré a été licencié pour le 30 septembre 2007, en raison de son absence depuis le 3 mars 2007 pour cause de maladie.
25. Par décision du 19 septembre 2007, l'OAI a indiqué que suite à l'opposition susmentionnée, il avait transmis le dossier à son service médical, lequel avait constaté qu'il n'y avait pas d'indication médicale pour une aggravation récente. Par conséquent, la demande était rejetée.
26. Suite à une échographie effectuée le 18 novembre 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a conclu à une dilatation modérée à importante du ventricule gauche avec une diminution inhomogène sévère de la fonction systolique, une akinésie antéro-septale étendue, une fraction d'éjection visuellement estimée à 30 % et une insuffisance mitrale discrète. Le médecin a précisé qu'il n'y avait pas de changement depuis le dernier contrôle effectué en mai 2008.
27. Le recourant a sollicité, le 9 janvier 2009, la révision de la décision du 19 septembre 2007, au motif qu'il souffrait d'une maladie cardiologique grave et invalidante. Il déclarait regretter de ne pas avoir recouru contre cette décision à l'époque. Il a transmis un certificat du Dr F\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2009 indiquant qu'il souffrait d'une maladie cardiologique grave entraînant une incapacité de travail totale.
28. Le 12 janvier 2009, le Dr F\_\_\_\_\_ a attesté d'insuffisance respiratoire avec asthme et toux chronique et sinusite congestive.
29. Dans un rapport du 5 février 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostic une cardiomyopathie dilatée sévère et une insuffisance cardiaque globale. Le médecin a précisé qu'après une légère amélioration, il y avait deux ans, l'échographie transthoracique effectuée en novembre 2008 avait révélé une dilatation modérée à sévère des cavités cardiaques avec une diminution modérée à sévère de la fonction systolique du ventricule gauche, actuellement estimée à 30 %, ce qui représentait une légère péjoration par rapport au bilan effectué en 2006.
30. Le 13 février 2009, le Dr L\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'atteinte était inchangée mais améliorée par rapport à 1998 et que les conditions asséculogiques étaient inchangées, l'atteinte étant préexistante à l'arrivée en Suisse.
31. Dans un projet de décision du 17 février 2009, l'OAI a nié tout droit à une quelconque rente au motif qu'il n'existait aucune Convention d'assurance sociale entre l'Inde et la Suisse, qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré et que les pathologies dont souffrait ce dernier dataient de 1998, soit antérieurement à son arrivée en Suisse de sorte qu'il ne remplissait toujours pas les conditions d'assurance.

- 
32. Le Dr F \_\_\_\_\_ a attesté, dans un certificat médical du 6 mars 2009, qu'il suivait l'assuré depuis 2006 et que ce dernier souffrait d'une cardiomyopathie sévère compensée par un traitement médical lourd et important. Il a ajouté qu'après une légère amélioration de son état de santé il y avait deux ans, une dilatation modérée à sévère des cavités et de la fonction systolique du ventricule gauche avait été mise en évidence à la fin de l'année 2008. Par ailleurs, outre une insuffisance respiratoire dont les épisodes étaient actuellement de plus en plus rapprochés, ce dernier avait développé de l'asthme dont les crises étaient fréquentes ainsi que des problèmes dermatologiques chroniques, lesquels rendaient toute activité impossible. Par ailleurs, l'assuré présentait depuis plusieurs mois des symptômes dépressifs avec insomnie, tristesse, et difficultés à se concentrer nécessitant une consultation spécialisée. Il estimait difficile d'envisager une activité professionnelle, même partielle, à plus ou moins long terme.
33. Par courrier recommandé du 17 mars 2009, l'assuré s'est opposé au projet de décision du 17 février 2009. Il a allégué qu'en raison de ses troubles liés au cœur, le Dr C \_\_\_\_\_ avait estimé que sa capacité de travail dans une activité sédentaire s'élevait à 50 %. Le Dr F \_\_\_\_\_ avait quant à lui estimé que la fréquence des crises asthmatiques rendait toute activité impossible et avait par ailleurs mis en évidence des symptômes dépressifs nécessitant une consultation spécialisée. Un certificat des HUG du 4 mars 2009 faisait état d'une toux chronique décompensée depuis trois semaines et enfin, un certificat des HUG du 10 mai 1999 indiquait en substance qu'une transplantation devait être envisagée à long terme. Enfin, l'assuré a précisé qu'il avait obtenu, le 6 décembre 2001, une admission provisoire en Suisse en raison de l'inexigibilité de son renvoi pour des motifs médicaux.
34. Le 30 mars 2009, le Dr M \_\_\_\_\_, chef de clinique du département de psychiatrie des HUG a rendu un rapport médical suite à une consultation de l'assuré. Ce médecin a posé comme diagnostic CIM-10 provisoire un épisode dépressif d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques, une cardiomyopathie dilatée, une stéatose hépatique, une œsophagite peptique, une insuffisance cardiaque globale, et une bronchite asthmatiforme. Le médecin a relevé une importante tristesse et des idées de mort passives suite à l'information de sa cardiomyopathie dilatée sévère, laquelle nécessitait une transplantation cardiaque pour laquelle l'assuré n'était pas prioritaire. Il a précisé que ce dernier avait été adressé à la Consultation des Eaux-Vives compte tenu de l'absence d'idéation suicidaire active, de l'impossibilité de créer un lien thérapeutique avec le patient et de l'aider dans l'acceptation de sa maladie handicapante. Il a estimé l'incapacité de travail de l'assuré à 100 %.
35. Par décision du 22 avril 2009, l'OAI a refusé tout droit à une rente, au motif que le problème cardiaque avait été reconnu mais était préexistant à l'arrivée en Suisse

de l'assuré, que de surcroît l'asthme dont souffrait le recourant était vraisemblablement un asthme cardiaque, c'est-à-dire dû à une insuffisance respiratoire engendrée par la surcharge liquidienne au niveau pulmonaire secondaire à l'insuffisance cardiaque et que par conséquent cet asthme faisait donc partie de la maladie cardiologique. Par ailleurs, aucune aggravation n'était attestée par le Dr C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 février 2009. En ce qui concernait le problème dermatologique, il s'agissait, selon la lettre de sortie du 10 mai 1999 des HUG, d'un problème de prurit sur possible gale versus cholestase, atteinte qui était chronique et non incapacitante. Enfin, l'OAI estimé que l'état dépressif semblait peu important puisqu'il n'était pas traité et, jusqu'ici, pas pris en charge de façon spécialisée. Par conséquent, il n'y avait aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré.

36. Par courrier recommandé du 25 mai 2009, l'assuré a interjeté recours contre la décision susmentionnée auprès du Tribunal de céans. En substance, il allègue que postérieurement à son arrivée en Suisse, il disposait d'une capacité de travail entière, du 1<sup>er</sup> mai au 28 novembre 2002 et du 1<sup>er</sup> février au 30 septembre 2003 et que cette capacité de gain durant respectivement sept et huit mois, entre mai 2002 et septembre 2003 (sauf les deux mois d'incapacité totale entre décembre et janvier 2003), aurait dû conduire l'intimé à admettre l'existence, depuis son arrivée en Suisse, d'un nouveau cas d'assurance. Par conséquent, la décision initiale de l'OAI du 19 septembre 2007 était erronée, dès lors que postérieurement à septembre 2003, sur le plan cardiologique, sa capacité de travail avait été sensiblement réduite, d'abord à 100 % (dès octobre 2003) puis à 50 % (dans une activité adaptée) depuis le 1<sup>er</sup> février 2004 jusqu'à ce jour. Pour ce même motif, la décision de l'OAI du 22 avril 2009 était également erronée. De surcroît, comme l'avait attesté le Dr F\_\_\_\_\_, le 9 mars 2009, sa capacité de travail était actuellement nulle vu ses atteintes somatiques et psychiques. Au vu de ce qui précédait, au moment où il avait déposé sa première demande de prestations, le 12 avril 2005, respectivement lors du dépôt de sa demande de révision le 8 janvier 2009, il remplissait les conditions d'octroi de rente ayant par ailleurs cotisé au moins une année, dans le cadre de son activité d'aide cuisinier. Par conséquent, il avait à tout le moins droit à une demi rente d'invalidité puisque sur le plan strictement physique, il n'était pas contesté que, depuis, le 1<sup>er</sup> février 2004, sa capacité de travail s'élevait à 50 % dans une activité adaptée.

Il relevait également que dans sa décision, l'OAI avait estimé qu'il n'existait aucune affection psychique invalidante dès lors que le cas n'avait pas été traité et qu'il n'y avait pas de prise en charge spécialisée. Cette argumentation était contraire à la jurisprudence fédérale, laquelle prévoyait qu'une investigation psychiatrique devait être effectuée lorsque des souffrances psychiques apparaissaient dans un dossier. Par conséquent, la décision litigieuse portait sur une constatation doublement incomplète des faits, s'agissant, d'une part, de l'interruption de son incapacité de travail en Suisse et, d'autre part, de l'absence

---

d'investigation s'agissant de ses limitations psychiques. C'était également de façon hâtive que l'OAI avait retenu que les troubles dermatologiques n'étaient pas invalidants et que l'asthme cardiaque "selon toute probabilité" n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail de 50 % reconnue par le Dr C\_\_\_\_\_. Il concluait ainsi à l'octroi d'un délai pour la production d'un rapport d'un psychiatre et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, sous réserve d'amplification.

37. Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2009, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique limitée aux frais indispensables à la conduite de la procédure.
38. Le recourant a transmis au Tribunal de céans, par courrier du 31 août 2009, un rapport médical de la Dresse N\_\_\_\_\_, médecin interne du département de psychiatrie des HUG du 27 août 2009. Cette dernière y atteste avoir suivi l'assuré depuis le 24 mars 2009. Elle a relevé chez lui un ralentissement psychomoteur marqué, une thymie triste avec des idées de mort sans projet précis et une aboulie avec une anhédonie et insomnie. L'échelle de MADRS confirmait une dépression sévère chiffrant à 40 sur 60 et le HAD 10 sur 21 pour l'anxiété et 17 sur 21 s'agissant de la dépression. Cette symptomatologie avait débuté il y a quatre ans environ et s'était péjorée depuis deux ans, date de son arrêt de travail, selon le médecin généraliste et l'entourage de l'assuré. Ce dernier était devenu très isolé socialement, ne sortant pratiquement plus de chez lui. La réponse au traitement suivi était pour l'heure médiocre. La capacité de travail de l'assuré était nulle en tenant compte de cette symptomatologie, et ce depuis deux ans. Le pronostic était par ailleurs réservé en raison des limitations de traitements médicamenteux (vu la pathologie cardiaque) et des limitations sur le plan psychothérapeutique, à savoir l'incapacité de communiquer en français et en anglais. Dans ces circonstances, son intégration sociale restait extrêmement limitée.

Le recourant a également précisé que son dernier contrat de travail avait été résilié le 11 septembre 2007 pour cause de maladie depuis le 3 mars 2007, son médecin-traitant ayant par ailleurs attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 25 mai 2007. Il a également relevé que le diagnostic psychiatrique de la Dresse N\_\_\_\_\_ n'avait pas été pris en considération par l'intimé, de sorte qu'il constituait un fait nouveau susceptible d'entraîner la révision de la décision initiale du 19 septembre 2007. Par ailleurs, dès lors que l'état dépressif avait été qualifié de modéré par la Dresse D\_\_\_\_\_, l'OAI avait estimé à tort qu'il ne présentait pas d'aggravation de son état de santé, étant par ailleurs précisé que cette atteinte justifiait une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007.

39. Par courrier du 13 octobre 2009, le Dr D. M\_\_\_\_\_, sur demande du Tribunal de céans, a apporté plusieurs précisions. Il a posé comme diagnostic un épisode dépressif majeur d'intensité sévère, une modification durable de la personnalité liée à un syndrome d'insuffisance cardiaque chronique, une cardiomyopathie dilatée, et une insuffisance cardiaque gauche (fraction d'éjection de 20 %). La

symptomatologie dépressive et la modification de la personnalité étaient présentes depuis au moins deux ans et leur évolution restait imprévisible en raison de plusieurs facteurs ne permettant pas à l'assuré d'accéder à un traitement intégré au sens strict. Ces diagnostics avaient pour conséquence que la capacité de travail était nulle. Il a précisé que les maladies psychiques étaient étroitement liées au dysfonctionnement physique de la pathologie cardio-vasculaire et la prédominance de la dévalorisation, les idées délirantes de ruine et de culpabilité, l'épuisement extrême, les insomnies et les idées de mort avec idéalisation de la fuite vers un suicide par ingestion de médicaments ne lui permettaient de faire face à aucune responsabilité ni contrainte exigible dans le marché du travail actuel. L'assuré ne pouvait être rentable dans une activité régulière. Sa mauvaise intégration au niveau linguistique ne facilitait pas la communication, qui restait un outil essentiel pour se socialiser et pour assurer une activité occupationnelle dans notre société.

40. Dans un courrier du 17 novembre 2009, l'assuré a indiqué qu'il ne s'agissait pas selon lui d'apprécier l'existence d'un nouveau cas d'assurance dans le contexte d'une aggravation d'une atteinte à la santé, mais dans celui d'une interruption de l'incapacité de travail initiale due à des problèmes cardiaques, dans la mesure où l'évolution favorable de son état de santé lui avait permis de récupérer une capacité de gain de 100 % de mai à septembre 2003 (hormis deux mois d'incapacité en décembre 2002 et janvier 2003).
41. Dans un avis médical du 13 novembre 2009, le Dr O \_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) a indiqué qu'il n'avait pas à se prononcer sur le fait que l'assuré avait cotisé au moins pendant une année; la question se posait toutefois de savoir si le travail d'aide de cuisine constituait une activité adaptée, ce qu'il mettait en doute vu que cette activité exigeait le port de charges parfois lourdes et surtout se situait dans une ambiance chaude avec forte humidité, environnement qui n'était pas favorable à un patient souffrant d'insuffisance cardiaque. Il était ainsi probable que ce dernier avait travaillé en dessus de ses forces durant cette période. Sur le plan somatique, le SMR a constaté au vu des pièces nouvelles, à savoir la lettre du Dr M \_\_\_\_\_ du 13 octobre 2009 et une lettre de sortie du Dr C \_\_\_\_\_ du 10 mai 1999, notamment, qu'il n'y avait pas d'aggravation depuis l'entrée en Suisse mais une amélioration sous traitement ayant nécessité des ajustements. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré sur le plan cardiologique, il n'était pas vraisemblable qu'elle eut été complète. Sur le plan psychiatrique, si l'épisode dépressif était présent depuis 2 ans, cela pourrait constituer une aggravation depuis son entrée en Suisse, il y avait 10 ans, aggravation consécutive à l'annonce de sa pathologie physique nécessitant une transplantation cardiaque. Toutefois, le fait de ne pas être sur la liste prioritaire ne pouvait être considéré comme un facteur déstabilisant, "l'attente étant possible". Il y avait lieu également de relever que l'assuré ne présentait pas d'idéation suicidaire active et qu'aucun traitement psychopharmacologique n'était mentionné,

ce qui était surprenant, un problème de cardiologie tel que décrit ne présentant pas une contre-indication absolue. Il était justifié de mettre en place une expertise multidisciplinaire, cardiologique et psychiatrique.

42. Suite à cet avis, l'intimé a requis, par courrier du 16 novembre 2009, qu'une expertise multidisciplinaire, soit cardiologique et psychiatrique soit ordonnée par le Tribunal de céans. Toutefois, s'agissant de l'atteinte physique, il a déclaré maintenir ses précédentes conclusions.
43. Le 17 décembre 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé qu'il suivait le recourant depuis le 5 mars 1999 et non pas depuis 1998. Le diagnostic de cardiomyopathie dilatée sévère avait été posé en mars 1999 et elle existait depuis 1999, le patient n'en ayant eu connaissance qu'à son arrivée en Suisse.
44. Le 20 janvier 2010, le recourant a observé qu'il n'avait eu connaissance de l'affection cardiaque que peu après son arrivée en Suisse et qu'il avait pu travailler normalement jusque-là dans son pays d'origine (cuisine de mets sur des stands dans la rue). L'expertise devrait aussi porter sur l'origine de l'asthme du recourant. Il n'était pas probant de dire comme le faisait le SMR qu'il avait travaillé au dessus de ses forces comme aide-cuisinier.
45. Le 9 février 2010, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr P\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et au Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation des experts ainsi que sur la mission d'expertise.
46. Le 15 février 2010, le recourant a demandé que soit ajoutée une question complémentaire.
47. Le 23 février 2010, l'intimé a observé qu'il convenait d'effectuer une expertise bidisciplinaire et non deux expertises distinctes par les experts désignés.
48. Par ordonnance du 1<sup>er</sup> mars 2010, une expertise a été confiée aux Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_.
49. Le 8 juillet 2010, les experts ont rendu leur rapport.

Du point de vue psychiatrique, l'expert relève que l'assuré se plaint de problèmes respiratoires, de tristesse, de fatigue, de problèmes de concentration et de mémoire. Il avait travaillé dans trois restaurants différents. Il était suivi depuis mai 2010 par la Dresse R\_\_\_\_\_, psychiatre. Il avait présenté une décompensation psychique deux ans avant la prise en charge par le CTB en mars 2009 selon les médecins de celui-ci. Il existait une incapacité totale de travail en tous les cas depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009. L'expert pose le diagnostic d'un épisode dépressif sévère

sans symptôme psychotique F32.2 et d'une modification durable de la personnalité F62.8 en rapport avec la cardiomyopathie sévère. Il n'était pas possible de déterminer le début de l'épisode dépressif majeur, lequel existait au moins depuis mars 2009 et le trouble de la personnalité qui était apparu progressivement en l'espace de dix ans était invalidant au moins depuis mars 2009. L'assuré suivait un traitement adéquat. Il était totalement incapable de travailler depuis mars 2009 et le pronostic était défavorable.

Du point de vue cardiologique, le patient avait été soigné dès son arrivée en Suisse, avec une hospitalisation en raison d'une décompensation cardiaque en mai 1999 puis l'administration d'un traitement médicamenteux qui avait permis d'éviter de nouvelles hospitalisations. Le patient déclarait avoir présenté une difficulté respiratoire depuis 2004, d'une autre nature. Il se plaignait d'une dyspnée d'effort et d'une toux irritative. L'expert a posé le diagnostic de cardiomyopathie dilatée sévère F42.0. Le traitement était adéquat. Une activité sédentaire était possible à 50 % depuis le 5 mars 1999. Il existait une cardiomyopathie latente, sans expression clinique avant l'arrivée en Suisse.

50. Le 21 juillet 2010, le Dr S\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical selon lequel il convenait de suivre les avis des experts de sorte que la capacité de travail était de 0 % dès le 5 mars 1999 dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée puis de 0 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2009.
51. Le 4 août 2010, l'intimé a relevé que le recourant présentait une invalidité dès le 5 mars 2000, soit à l'échéance d'une année depuis le 5 mars 1999, que le degré d'invalidité était de 56,2 % jusqu'au 28 février 2009 (fondé sur un revenu sans invalidité à 100 % ESS, TA 7, ligne 37 et un revenu d'invalidité à 50 % ESS 2000 TA 1, niveau 4) puis de 100 % depuis lors, que cependant le recourant n'avait cotisé que pendant quatre mois (de juillet à octobre 1999) au moment de la survenance de l'invalidité en mars 2000, de sorte qu'il ne remplissait pas une des conditions du droit à la rente d'invalidité, qu'en conséquence le recours devait être rejeté.
52. Le 31 août 2010, le recourant a observé que le rapport d'expertise était incomplet, qu'il avait pu travailler à temps complet comme aide de cuisine du 1<sup>er</sup> mai au 27 novembre 2002, que le médecin-conseil de l'OCE avait estimé qu'il pouvait travailler à 100 % du 1<sup>er</sup> février au 30 septembre 2003, qu'il avait travaillé à 50 % du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 28 février 2007 comme aide de cuisine, qu'avant son arrivée en Suisse la cardiopathie n'avait aucune incidence sur sa capacité de travail ce qu'avait confirmé l'expert, que l'expert psychiatre n'avait pas exclu que les affections soient invalidantes avant mars 2009, que les Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ avaient attesté d'une symptomatologie dépressive totalement incapacitante depuis au moins deux ans, soit l'été 2007, que l'expert aurait dû investiguer cette question, que Mme T\_\_\_\_\_ le connaissait depuis juillet

2008 et non pas depuis mars 2009 comme indiqué dans l'expertise, qu'il apparaissait vraisemblable que sa décompensation psychique soit survenue en relation avec la fin du contrat de travail en 2007, précisément en août 2007. Il a transmis :

- Un certificat médical du Dr F\_\_\_\_\_ du 26 août 2010 selon lequel le patient se trouvait en 2006 dans un état dépressif persistant, présentant une grande tristesse et se plaignait de grande fatigue, expliquée en partie par la problématique cardiaque et sa dépression. Il était en incapacité de travail complète depuis mars 2007 en raison de son affection cardiaque et de sa dépression. Il a précisé que le patient souffrait d'une aggravation de sa dépression depuis l'été 2008 au moins.
- Un courrier du 26 août 2010 de Mme T\_\_\_\_\_, assistante sociale à l'Hospice Général, selon lequel elle avait connu l'assuré depuis juillet 2008 et non pas dès mars 2009 et que ce dernier était déjà à cette époque très déprimé.

53. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, la Caisse cantonale genevoise de compensation a transmis le 6 octobre 2010 les extraits de compte du recourant selon lesquels celui-ci a travaillé de la manière suivante :

- En 1999 de juillet à octobre pour la boulangerie industrielle (revenu global de 2'289 fr.).
- En 2001 de février à décembre pour la SA Y\_\_\_\_\_ (revenu global de 1'963 fr.).
- En 2002 de mai à novembre pour X\_\_\_\_\_ (revenu global de 30'578 fr.).
- De février à septembre 2003 puis de février 2004 à février 2005 il a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage.
- De janvier 2006 à septembre 2007 pour Z\_\_\_\_\_ (revenu global de 28'640 fr.).
- En septembre 2007 pour Universal.

54. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, le Dr Q\_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise du 17 décembre 2010. Malgré le fait que le premier arrêt de travail de l'assuré remontait à novembre 2002, il maintenait que la cardiopathie était limitante depuis le 5 mars 1999, date à laquelle elle avait été diagnostiquée et cela nonobstant un traitement médicamenteux bien conduit, lequel avait évité de nouvelles hospitalisations pour décompensations cardiaques aiguës. L'incapacité de travail à 100 % dans l'activité d'aide-cuisinier et à 50 % dans une activité adaptée débutait bien le 5 mars 1999.

55. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

**EN DROIT**

1. Par ordonnance du 1<sup>er</sup> mars 2010, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.
2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 9 janvier 2009 tout en requérant la reconsidération de la décision de l'OAI du 19 septembre 2007, laquelle faisait suite à sa demande de prestations du 11 avril 2005, se référant à l'évolution de son état de santé depuis le 5 mars 1999. En conséquence, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, est applicable en l'espèce pour les faits postérieurs à son entrée en vigueur tout comme les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles de la novelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, étant précisé que les normes de la LPGA sur l'incapacité de gain (art. 7), l'invalidité (art. 8), l'évaluation de l'invalidité (art. 16) et la révision correspondent aux notions précédentes de l'assurance-invalidité telle que développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343), de sorte qu'en l'espèce ces normes sont pertinentes pour toute la période en cause soit de 1999 au jour de la décision litigieuse.
3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.
4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art.

---

7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

5. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI, en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les
6. a) Selon l'art. 28 al. 1er LAI (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003) l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme il suit, selon le degré d'invalidité : 40 % au moins, un quart, 50 % au moins, une demie et  $66^{2/3}$  % au moins rente entière. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
- b) Selon l'art. 6 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 étant réservé (al. 1<sup>er</sup>). Lorsqu'une convention de sécurité sociale conclue par la Suisse prévoit que les prestations ne sont à la charge que de l'un des Etats contractants, il n'y a pas de droit à la rente d'invalidité si la législation de l'autre Etat accorde un tel droit du fait de la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays par les ressortissants suisses ou ceux de l'Etat contractant (al. 1bis). Les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse (al. 2 en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003).

---

D'après l'art. 36 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, lequel est applicable tant pour les suisses que pour les étrangers, le droit aux rentes ordinaires appartient aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, cet article prévoit une exigence de trois années de cotisations.

c) L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 5 9 consid. 2b et références y citées).

Lorsque l'invalidité, qui est préexistante à l'arrivée de l'assuré en Suisse ou au moment où il remplit les conditions relatives aux cotisations ou à la résidence pour bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, a été interrompue ultérieurement de façon notable, il y a lieu d'admettre un nouveau cas d'assurance. Le Tribunal fédéral a expliqué dans un arrêt du 27 juillet 1966 qu'une seule et même cause médicale peut entraîner au cours du temps plusieurs survenances d'invalidité. Le principe de l'unité ne saurait être absolu : il cesse manifestement d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (ATFA 1966 p. 175 ss, p. 179 consid. 4). Un nouveau cas d'assurance a été nié pour une assurée qui avait certes repris une activité lucrative pendant sept mois environ, mais qui était fréquemment absente en raison de maladie ou pour un assuré qui n'avait jamais réellement pu se réinsérer dans la vie professionnelle, car sa maladie (asthme) se décompensait à chaque fois qu'il débutait une activité (cf. ATF 126 V 10 consid. 2c ; ATFA non publié du 13 janvier 2004 I 54/03 consid. 3).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible

les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui

présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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) Le juge ne s'écarte 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).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. a) Selon un principe général du droit des assurances sociales, désormais codifié à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 466 consid. 2c p. 469 et

les références). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479, 117 V 8 consid. 2c p. 17 et les références). L'administration n'est toutefois pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. En conséquence, les décisions refusant d'entrer en matière sur une demande de reconsidération, ne peuvent, en principe, être portées devant l'autorité judiciaire. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, puis statue au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479, 117 V 8 consid. 2a p. 12 et les références; ATF du 20 avril 2007 I 309/2006).

A cet égard dans un ATFA non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée.

Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant, il aurait sans doute été opportun de soumettre l'intéressé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière. Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

b) Par ailleurs, selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée

pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

10. En l'espèce, la décision du 19 septembre 2007 rejetant la demande de prestations du recourant est entrée en force.

Le recourant a déposé le 9 janvier 2009 une demande de reconsidération de cette décision. Il est à constater que, par décision du 22 avril 2009, l'intimé est entré en matière sur cette demande tout en l'examinant également sous l'angle d'une demande de révision. Il a, d'une part, constaté que l'atteinte à la santé datait de 1998, soit antérieurement à l'entrée en Suisse du recourant et que celui-ci ne remplissait donc pas les conditions d'assurance pour avoir droit à des prestations et, d'autre part, qu'une aggravation de l'état de santé du recourant n'était pas réalisée.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'intimé est entré en matière sur la demande de reconsidération de sa décision du 19 septembre 2007 et donc d'admettre que la Cour de céans est compétente pour examiner si les conditions d'une reconsidération de la décision de refus de prestations du 19 septembre 2007 sont remplies, soit si celle-ci était manifestement inexacte et si sa rectification revêt une importance notable, comme elle l'est aussi - dans la mesure où cette question serait encore pertinente - pour examiner si l'état de santé du recourant se serait aggravé depuis le 19 septembre 2007, de sorte qu'une révision de la décision de refus de prestations serait justifiée.

11. a) Le 19 septembre 2007, l'intimé a statué alors que figuraient au dossier les avis médicaux suivants :

- Un avis du 10 mai 1999 des Drs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ attestant d'un séjour du recourant aux HUG du 28 avril au 6 mai 1999 et retenant une

---

cardiomyopathie dilatée et décompensation cardiaque probable nécessitant à terme une transplantation cardiaque.

- Un avis du 24 juillet 2001 et du 12 février 2003 du Dr C\_\_\_\_\_ attestant d'une insuffisance cardiaque compensée par traitement médical et d'une cardiomyopathie sévère.
- Les avis suivants des médecins-conseils de l'OCE :
  - Du 20 mai 2003 du Dr H\_\_\_\_\_ attestant d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée.
  - Du 6 avril 2004 du Dr I\_\_\_\_\_ attestant d'une capacité de travail du recourant de 50 % dans une profession adaptée.
  - Des 11 et 31 janvier 2005 du Dr J\_\_\_\_\_ attestant d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.
- Un avis des 15 février 2006 et 19 février 2007 du Dr K\_\_\_\_\_ estimant que la capacité de travail n'avait jamais dépassé 50 % depuis 1998, sans aggravation récente.
- Les incapacité de travail suivantes, attestées par les médecins-traitants :

Une incapacité de travail totale du 28 novembre 2002 au 31 janvier 2003 (certificat du 21 janvier 2003 de la Dresse D\_\_\_\_\_) puis du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 31 janvier 2004 et une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> février 2004 (certificats du Dr C\_\_\_\_\_ des 29 janvier 2004, 8 juin 2004, 29 juin 2004 et 28 juin 2005). Une incapacité de travail à nouveau totale du 21 juin au 20 juillet 2004 (certificats du Dr E\_\_\_\_\_) puis dès début 2005 dans l'activité exercée avec une capacité de 50 % dans une activité adaptée (certificat du 2 juin 2005 du Dr D\_\_\_\_\_). Une incapacité de travail totale du 21 au 31 mars 2007 et depuis le 25 mai 2007 (certificat du Dr F\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2008).

Il est à constater que ces avis médicaux ne permettaient pas à l'intimé de déterminer de façon vraisemblable si le recourant présentait déjà avant son arrivée en Suisse une invalidité ou, dans le cas contraire, à partir de quelle date il aurait présenté une incapacité de travail et à quel taux. En effet, les Drs C\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ sont d'un avis identique pour fixer une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée (seul le Dr H\_\_\_\_\_ l'ayant estimée à 100 %) depuis le 1<sup>er</sup> février 2004. Antérieurement, soit depuis le 7 mai 1999, le recourant n'a pas été mis en incapacité de travail même partielle selon ses médecins-traitants et cela jusqu'au 28 novembre 2002, date à laquelle il a été en incapacité totale de travailler puis à nouveau capable de travailler à 100 % du 1<sup>er</sup> février 2003 au 31 août 2003 et incapable du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 31 janvier 2004.

Aucun avis médical au dossier ne permettait ainsi d'affirmer, comme l'a fait l'intimé dans son projet de décision du 13 décembre 2006, confirmé le 19 septembre 2007, que l'incapacité de travail du recourant était à tout le moins de 50 % depuis 1998. A cet égard, l'avis du Dr K\_\_\_\_\_ selon lequel le recourant présentait depuis 1998 une capacité de travail maximale de 50 % ne repose ainsi sur aucune pièce médicale. Il ne précise par ailleurs pas dans quelle activité il s'agit, soit l'activité effectivement exercée d'aide de cuisine ou une activité adaptée et ne tient pas compte du fait que le recourant a affirmé qu'il avait travaillé à 100 % dans son pays avant son entrée en Suisse.

b) Au vu de ces lacunes, la décision du 19 septembre 2007 concluant à l'existence d'une invalidité antérieure à l'entrée en Suisse du recourant n'était pas suffisamment motivée médicalement. L'intimé aurait dû préalablement ordonner une instruction médicale complémentaire. Cependant, il y a lieu de constater qu'elle n'est pas manifestement inexacte dans son résultat au vu de l'expertise judiciaire ordonnée par le Tribunal cantonal des assurances sociales.

En effet, l'expertise bidisciplinaire avec son complément du 17 décembre 2010 répond aux exigences jurisprudentielles précitées pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante; elle a conclu à une incapacité de travail totale dans la précédente activité d'aide de cuisine et à une capacité de 50 % dans une activité adaptée depuis le 5 mars 1999, date à laquelle le diagnostic de cardiomyopathie avait été posé et cela nonobstant l'activité professionnelle du recourant en 1999, 2001 et 2002, en particulier celle d'aide de cuisine à 100 % chez X\_\_\_\_\_ de mai à novembre 2002. Depuis mars 1999, l'influence de la cardiomyopathie sur la capacité de travail avait été importante, avec une hospitalisation du 28 avril au 5 mai 1999; par la suite les adaptations du traitement avaient permis d'éviter de nouvelles hospitalisations et des décompensations moins sévères avaient pu être jugulées moyennant des arrêts de travail partiels ou complets. La cardiomyopathie avait été améliorée par l'observance du traitement et aggravée par des infections surajoutées, par une mauvaise observance du traitement et par des surcharges physiques. La cardiomyopathie était toutefois limitante depuis le 5 mars 1999. Dès le 1<sup>er</sup> mars 2009, la capacité de travail était nulle, pour des raisons psychiatriques.

c) Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise judiciaire en relevant, d'une part, que l'expert cardiologue n'a pas estimé précisément la capacité de travail dès lors qu'il l'a fixée à 50 % dans une activité adaptée depuis le 5 mars 1999, alors même qu'il avait travaillé comme aide de cuisine à 100 % de mai à novembre 2002 et, d'autre part, que l'expert psychiatre a fixé le début de l'incapacité totale de travail au 1<sup>er</sup> mars 2009 alors même qu'il admettait qu'elle devait être antérieure, que les Drs N\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ avaient d'ailleurs attesté d'une symptomatologie incapacitante depuis l'été 2007 de sorte que l'expert aurait dû investiguer cette question et que l'assistante sociale le

connaissait non pas depuis mars 2009 comme indiqué par l'expert mais depuis juillet 2008.

ca) Du point de vue cardiologique, la critique du recourant doit être écartée en constatant que l'évaluation de l'expert judiciaire rejoint celle des médecins-traitants qui ont examiné le recourant et évalué sa capacité de travail. En effet, en tous les cas depuis le 1<sup>er</sup> février 2004, la capacité de travail a été fixée au maximum à 50 % dans une activité adaptée par les médecins-traitants, comme il a été rappelé ci-dessus. Antérieurement, cette capacité n'a pas fait réellement l'objet d'une évaluation, hormis des certificats d'incapacités de travail complètes attestées en 2002 et 2003. En particulier, le fait que le recourant a effectivement travaillé comme aide de cuisine à 100 % de mai à novembre 2002 n'est pas suffisant pour mettre en échec cette appréciation dès lors qu'il ne s'agit que de sept mois d'activité et que le recourant a été mis en arrêt de travail total par la Dresse D\_\_\_\_\_ au motif que l'activité d'aide de cuisine n'était pas compatible avec son état de santé. Il en est de même de son activité d'aide de cuisine à 50 % pour le restaurant Le Calamar du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 30 septembre 2007 dès lors que le recourant a fait l'objet d'un licenciement le 11 septembre 2007 en raison de son absence pour maladie depuis le 3 mars 2007, de sorte qu'on ne saurait non plus, sur la base de cet emploi de quatorze mois à 50 %, conclure à une capacité de travail possible à 50 %, comme aide de cuisine (cf. à cet égard ATF du 13 janvier 2004 I 54/2003 précité). Ainsi aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute l'évaluation de l'expert selon laquelle le recourant était pleinement capable de travailler avant son arrivée en Suisse, qu'une cardiomyopathie avait été diagnostiquée en mars 1999, qu'une décompensation cardiaque s'était produite en avril-mai 1999 entraînant une incapacité de travail totale temporaire, que par la suite le traitement ordonné avait permis d'éviter de nouvelles décompensations de sorte que la capacité de travail pouvait être globalement évaluée à 50 % dans une activité adaptée depuis le 5 mars 1999, soit à l'arrivée en Suisse du recourant. L'expert cardiologue a d'ailleurs confirmé le 17 décembre 2010 que la cardiomyopathie était limitante dès son diagnostic le 5 mars 1999 et cela nonobstant les quelques mois d'activité professionnelle à plein temps exercée par le recourant.

c b) Du point de vue psychiatrique, l'expert a constaté qu'il ne lui était pas possible de retenir une incapacité de travail antérieure au 6 mars 2009, date à laquelle le médecin-généraliste, le Dr F\_\_\_\_\_, avait le premier indiqué une perturbation de l'état psychique du recourant, qui était également confirmée par le Dr M\_\_\_\_\_ le 30 mars 2009. A cet égard, la conclusion de l'expert n'est pas critiquable. En effet, le Dr F\_\_\_\_\_, médecin-généraliste et non pas médecin psychiatre, a uniquement attesté le 6 mars 2009 que le recourant souffrait depuis quelques mois de symptômes dépressifs qui nécessiteraient une consultation spécialisée, sans mentionner qu'ils avaient entraîné une incapacité de travail antérieure. Par ailleurs, la Dresse N\_\_\_\_\_ a relevé le 27 août 2009 que le

suivi du patient avait débuté le 24 mars 2009. Elle a mentionné que la symptomatologie aurait débuté il y avait quatre ans avec une péjoration depuis l'arrêt de travail en 2007 de sorte que l'incapacité de travail était totale depuis deux ans, en se référant toutefois uniquement au Dr F\_\_\_\_\_ et à l'entourage du patient. Le Dr M\_\_\_\_\_ a confirmé le 13 octobre 2009 que la symptomatologie dépressive et la modification de la personnalité étaient présentes depuis au moins deux ans. Il avait reçu le recourant pour une consultation le 30 mars 2009 et constaté un épisode dépressif d'intensité sévère F32.2 sans symptômes psychotiques. L'expert a considéré que l'estimation des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ quant à une incapacité de travail totale depuis l'arrêt de travail du recourant en mars 2007 ne pouvait être admise, faute de suivi médical psychiatrique antérieur à mars 2009 ou encore de toute autre pièce médicale pertinente. Cette approche n'est pas critiquable, compte tenu de l'exigence de preuve au degré de la vraisemblance prépondérante. Au demeurant, s'agissant en particulier de l'arrêt de travail en mars 2007 du recourant, il apparaît, au vu des certificats médicaux au dossier, qu'il a été motivé pour des raisons somatiques et non pas psychiques (certificat du Dr F\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2008 et du 7 janvier 2009, et du service de dermatologie des HUG du 30 mars 2007).

L'incapacité de travail totale pour raison psychiatrique sera ainsi confirmée, selon l'expertise judiciaire, au 1<sup>er</sup> mars 2009.

d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant était totalement capable de travailler comme cuisinier en Inde avant son arrivée en Suisse, qu'il a présenté une capacité de travail de 50 %, uniquement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le 5 mars 1999, en raison d'une affection cardiaque et une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009 en raison d'une affection psychique.

S'agissant des conditions du droit à la rente, il est à constater qu'au 5 mars 2000, soit une année après que le recourant ait présenté une incapacité de travail de 40 % au moins dans toute activité, il n'avait pas cotisé un nombre de mois suffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité, soit un an selon l'art. 36 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, dès lors qu'il avait uniquement cotisé de juillet à octobre 1999, soit durant quatre mois.

e) En conséquence, la décision du 19 septembre 2007 refusant au recourant toute prestation était correcte et la décision du 22 avril 2009 rejetant la demande de reconsidération déposée par le recourant ne peut qu'être confirmée.

12. a) La question se pose encore de savoir si - au vu de l'aggravation de l'état de santé du recourant depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009 entraînant une incapacité de travail totale - ce dernier peut prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité.

---

Préalablement, il convient de constater que l'aggravation de l'état de santé du recourant dès le 1<sup>er</sup> mars 2009 est survenue antérieurement à la date de la décision litigieuse, le 22 avril 2009. Elle entre ainsi dans le cadre de l'objet du présent litige (ATF 125 V 413).

Dans un arrêt du 10 juin 2009 (9C 658/2008; RT; D 2010 IS 282), le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à l'instance inférieure pour instruction complémentaire sur le point de savoir si l'assuré, qui présentait une atteinte à la santé lors de son arrivée en Suisse, avait, par la suite, présenté une pathologie complètement différente de la première, laquelle pourrait constituer un nouveau cas d'assurance (voir aussi arrêt du 25 octobre 2010, 9C 369/2010 consid. 3.1.1).

b) En l'occurrence, le recourant a présenté depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009 une pathologie psychiatrique, soit, d'une part, un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2) indiqué comme étant un trouble dépressif grave et, d'autre part, une modification durable de la personnalité (F62.8) en rapport avec la cardiomyopathie sévère, qui était apparue progressivement en l'espace de dix ans et était faible, fluctuant en fonction de l'état cardiologique.

La Cour de céans constate que la modification durable de la personnalité a clairement été mise en rapport avec l'affection cardiaque du recourant par l'expert psychiatre; la question se pose encore de savoir si, dès lors qu'il s'agit d'une affection psychique et non pas somatique, comme l'est la cardiomyopathie, elle doit être considérée, en raison de sa nature, comme étant complètement différente de cette dernière. Cette question peut néanmoins rester ouverte dès lors que l'épisode dépressif sévère, justifiant, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009, une incapacité de travail totale du recourant constitue, à lui seul, une affection complètement différente de l'affection cardiologique.

En conséquence, son apparition et ses conséquences constituent un nouveau cas d'assurance.

Ainsi, au 1<sup>er</sup> mars 2010, le recourant présentait une incapacité de travail d'au moins 40 % durant une année due à l'affection psychique, ainsi qu'une période de cotisation de 44 mois, soit supérieure à la durée de trois années, exigée par l'art. 36 al. 1 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (4 mois auprès de la Boulangerie industrielle, 11 mois pour la SA Y\_\_\_\_\_, 7 mois pour X\_\_\_\_\_, 21 mois pour Z\_\_\_\_\_ et un mois pour XA\_\_\_\_\_).

c) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être

étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références; ATF du 2 juin 2010 9C 967/2009).

A la date de la décision litigieuse, le 22 avril 2009, le recourant ne remplissait pas les conditions pour avoir droit à une rente d'invalidité puisqu'il présentait une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques depuis à peine deux mois de sorte que le refus de prestations prononcé à cette date doit être confirmé.

Cependant, en application de la jurisprudence susmentionnée, il convient, au vu de l'expertise judiciaire établissant une incapacité de travail totale pour raison psychiatrique depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009, d'étendre l'objet de la contestation à cet aspect. Au demeurant, l'intimé a eu l'occasion de se prononcer sur la question du droit à la rente du recourant en raison de l'affection psychique le 4 octobre 2010.

Pour calculer le degré d'invalidité du recourant lié à son incapacité totale de travailler depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009, il convient de prendre en compte un revenu sans invalidité de 50 % dans une activité adaptée, tel qu'il existait antérieurement au 1<sup>er</sup> mars 2009. L'incapacité de gain étant totale dans toute activité, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, mais doit être reconnu à hauteur de 50 %, pour tenir compte d'une capacité de travail antérieure à l'invalidité limitée à 50 %.

En conséquence, le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010.

13. Aucune indemnité à charge de l'intimé ne peut être allouée au recourant dès lors que celui-ci succombe sur l'objet de la contestation, la décision litigieuse devant être confirmée (ATF du 2 juin 2010 9C 967/2009). Pour les mêmes motifs aucun émolument ne sera mis à la charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Confirme la décision de l'intimé du 22 avril 2009.
4. Dit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010.
5. 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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