

## **GE\_GERICHTE ATAS/687/2017 vom 14. August 2017**

GE Cour de justice, 2017-08-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_687\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_687_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/687/2017 du 14 août 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/687/2017 del 14 agosto 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

Le 30 octobre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en mentionnant une atteinte cardiaque, du diabète, une dépression et une apnée du sommeil. Il a communiqué : - un rapport du service des urgences des HUG du 23 mai 2013 attestant d'un séjour du 23 mai 2013 de l'assuré en raison d'une fibrillation auriculaire inaugurale, évoluant favorablement ; l'assuré avait bénéficié de la pose d'un stent en mars 2013 par le service de cardiologie invasive ; - deux rapports du service de cardiologie des HUG des 20 mars 2014 et 23 octobre 2014 attestant d'une intervention, respectivement d'une ablation de A/4331/2016 - 7/16 - flutter auriculaire par radiofréquence et d'une ablation par radiofréquence d'une fibrillation auriculaire.

#### **E. 31**

Le 4 novembre 2014, le docteur M\_\_\_\_\_, FMH cardiologie, a attesté d'un examen suite à l'ablation de la FA paroxystique qui était un succès.

#### **E. 32**

Le 29 novembre 2014, le Dr N\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a attesté d'une angioplastie avec pose d'un stent le 11 mars 2013 en raison d'une maladie coronarienne symptomatique, une fibrillation auriculaire avec ablation par radiofréquence le 18 mars 2014, vaine, et une nouvelle ablation le 22 octobre 2014 avec un maintien en rythme sinusal ; par ailleurs, il présentait une hernie ombilicale symptomatique depuis début 2013.

#### **E. 33**

Le 1er décembre 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté d'un suivi depuis le 5 octobre 2004 et d'une péjoration de l'état de santé par la présence d'un état dépressif récurrent actuellement moyen (F 33.1) sur modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0) entraînant une incapacité de travail de 100 %.

#### **E. 34**

Le 11 décembre 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a attesté d'un état de santé stationnaire ; la capacité de travail était de 100 % du point de vue pneumologique.

#### **E. 35**

Le 16 décembre 2014, le Dr N\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de l'état de santé depuis mars 2013 par la survenance d'une cardiopathie ischémique et fibrillation / flutter auriculaire évoluant favorablement et une hernie ombilicale dont une cure était à prévoir au début 2015 ; le patient présentait une dyspnée à l'effort.

#### **E. 36**

Le 17 décembre 2014, le Dr M\_\_\_\_\_ a attesté de fibrillation auriculaire paroxystique et maladie coronarienne, avec un risque élevé de récurrence de FA.

**E. 37**

Le 18 février 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a effectué un bilan de situation au 15 février 2015 qu'il a transmis à l'OAI. Les diagnostics étaient un état dépressif récurrent actuellement moyen (F 33.1) et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0). L'assuré présentait, dans le cadre de l'état de stress post-traumatique, des reviviscences et cauchemars qui l'épuisaient, le rendaient intolérant et très anxieux, de l'anxiété et de l'irritabilité, de l'évitement, une récurrence des épisodes dépressifs sévères, une désinsertion sociale, un SAS entraînant des troubles de la mémoire, de la concentration et de la fatigue, des douleurs du rachis, des articulations, des épaules et des membres supérieurs, des céphalées, des chaud-froid / transpiration, des paresthésies des doigts en rapport avec la tension et l'anxiété. L'incapacité de travail était totale et partielle dans le cadre d'un travail protégé.

**E. 38**

Le 1er mai 2015, la docteure O\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait de questionner les médecins-traitant de l'assuré (Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_).

**E. 39**

Le 18 mai 2015, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était bonne, sans récurrence et qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et une capacité de travail totale depuis janvier « illisible ». Il a communiqué un courrier du 28 janvier 2015 au Dr

A/4331/2016 - 8/16 - N\_\_\_\_\_ selon lequel il n'y avait pas de contre-indication à une chirurgie de la paroi abdominale.

**E. 40**

Le 25 juin 2015, le Dr N\_\_\_\_\_ a attesté qu'il n'existait aucune atteinte somatique avec répercussion sur la capacité de travail et que l'assuré était en incapacité de travail en raison de problèmes psychiatriques.

**E. 41**

Le 29 juin 2015, le Dr M\_\_\_\_\_ a attesté d'un état de santé stationnaire et d'une bonne évolution cardiologique.

**E. 42**

Le 4 août 2015, le Dr N\_\_\_\_\_ a informé par téléphone l'OAI qu'à sa connaissance aucune cure de hernie ombilicale n'avait été effectuée.

**E. 43**

Le 27 octobre 2015, la Dresse O\_\_\_\_\_ a estimé qu'une évaluation psychiatrique était nécessaire afin de déterminer si l'assuré avait présenté une aggravation de son état de santé postérieurement à l'estimation du Dr L\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2012.

**E. 44**

Le 8 août 2016, le Docteur P\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychologie, et Madame Q\_\_\_\_\_, psychologue, spécialiste en psychothérapie FSP ont rendu un rapport d'expertise. L'assuré se plaignait de fatigue avec baisse de l'humeur de nature fluctuante ainsi que des

sensations de brûlure interne et des douleurs peu systématisées à prédominance thoracique. Il mentionnait une irritabilité fluctuante depuis 2004 avec des moments d'anxiété difficiles à gérer et une relation conflictuelle avec son épouse. Il n'y avait pas de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et, sans répercussion, un diagnostic de trouble dépressif léger avec syndrome somatique. L'assuré pourrait faire l'objet de mesure de réadaptation dans une activité simple. Les conclusions de l'expertise ne différaient guère de celle de 2011 et 2012 ; on ne retrouvait en effet aucun argument plausible soutenant une décompensation dépressive majeure ou un état de stress post-traumatique. Bien qu'existante, la pathologie dépressive était d'intensité légère avec des moments d'irritabilité et de baisse de l'humeur que l'assuré lui-même reconnaissait comme fluctuants. Sur le plan du vécu traumatique, une analyse des faits (notamment l'absence de toute atteinte à son intégrité physique ou de témoignage d'atrocités commises) et l'absence de tout élément probant du registre anxieux (flashbacks, réminiscences associées avec le déclenchement des crises d'anxiété, cauchemars répétitifs ayant un contenu en lien avec le trauma subi, impossibilité de se décentrer de ce même vécu) excluaient la présence d'un état de stress post-traumatique. Comme souvent dans ces cas d'espèce la très longue période d'inactivité ou d'activité à minima peu investie (qui précède l'arrivée en Suisse) rendait très difficile d'envisager un retour dans le milieu de l'économie libre. Toutefois et en termes de psychopathologie, il n'y avait pas de contre-indication à une telle démarche.

A/4331/2016 - 9/16 -

#### **E. 45**

Le 3 octobre 2016, le docteur R\_\_\_\_\_ et la Dresse J\_\_\_\_\_ du SMR ont estimé que l'expertise psychiatrique était convaincante et que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans toute activité.

#### **E. 46**

Par projet de décision du 13 octobre 2016, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

#### **E. 47**

Le 5 novembre 2016, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il souffrait de dépression, de problème cardiaque et de diabète, que son traitement était lourd et entraînait une incapacité de travail totale.

#### **E. 48**

Par décision du 17 novembre 2016, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations d'invalidité ; le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi.

#### **E. 49**

Le 16 décembre 2016, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 17 novembre 2016, en contestant le rapport du SMR ; il souffrait de troubles psychiques qui n'avaient pas été mentionnés et demandait une nouvelle expertise.

#### **E. 50**

Le 17 janvier 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le recourant ne mentionnait aucun fait précis étayé susceptible de remettre en cause les conclusions

médicales et le calcul du taux d'invalidité, étant relevé que l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ était probante. 51. Le 23 février 2017, le recourant a relevé que le Dr S\_\_\_\_\_ ne l'avait vu qu'une seule fois alors que son psychiatre le suivait depuis 2004 de sorte qu'une nouvelle expertise devait être effectuée. Il a communiqué un rapport du 20 février 2017 du Dr H\_\_\_\_\_ s'étonnant des dernières conclusions du rapport d'expertise de l'OAI attribuant à l'assuré une capacité de travail de 100 % ; dans ces circonstances l'assuré demandait une possibilité d'intégration professionnelle. 52. Le 9 mars 2017, la chambre de céans a requis de l'OAI qu'il se prononce sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel ; elle s'est référée au rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 20 février 2017 mentionnant la volonté du recourant de participer à une mesure d'intégration professionnelle, à l'expertise du Prof. P\_\_\_\_\_ mentionnant la possibilité de mettre en place des mesures de réadaptation et un degré d'invalidité arrêté à 26 % (ATAS/1205/2012) 53. Le 4 avril 2017, l'OAI a observé que le droit à une mesure de réadaptation professionnelle n'était pas ouvert au motif que le recourant ne présentait aucune incapacité de travail durable, ni d'atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI et que d'éventuelles mesures d'ordre professionnel ne seraient ni nécessaires ni de nature à rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain. 54. Le 5 mai 2017, l'assuré a observé que son état de santé l'empêchait de travailler, que les médecins de l'AI n'avaient pas eu suffisamment de temps pour établir un diagnostic, contrairement à son médecin traitant, que l'OAI n'avait pas pris connaissance de son dossier médical avant d'établir son rapport, qu'il avait 60 ans,

A/4331/2016 - 10/16 - était suivi par un psychiatre, était diabétique, souffrait d'apnées du sommeil et avait subi trois opérations pour le cœur, qu'il ne pouvait exercer une activité physique et que son état psychique l'empêchait d'entretenir des relations stables, équilibrées et paisibles avec les autres. 55. Sur quoi, 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte d'une part sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 16 mai 2011, d'autre part sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel. 5. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision

initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

A/4331/2016 - 11/16 - L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

A/4331/2016 - 12/16 - 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). 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). 7. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). 8. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions

A/4331/2016 - 13/16 - d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan

subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). 9. En l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 30 octobre 2014 en invoquant des atteintes somatiques et psychiques ; il estime que l'intimé a mal évalué son état de santé, vu son âge, sa santé psychiatrique, un diabète, de l'apnée du sommeil et trois opérations chirurgicales cardiaques. Il convient de se demander si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'OAI du 16 mai 2011. Du point de vue somatique, la chambre de céans constate que les médecins traitants du recourant ont exclu toute limitation fonctionnelle ; le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé une capacité de travail de 100 % du point de vue pneumologique (avis du Dr F\_\_\_\_\_

A/4331/2016 - 14/16 - du 11 décembre 2014) ; le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle du point de vue cardiaque et que la capacité de travail était totale (avis du Dr M\_\_\_\_\_ du 18 mai 2015) ; le Dr N\_\_\_\_\_ a aussi relevé qu'il n'existait aucune atteinte fonctionnelle avec répercussion sur la capacité de travail (avis du Dr N\_\_\_\_\_ du 25 juin 2015) ; Au demeurant, en l'absence d'atteinte somatique incapacitante, il n'existe pas d'aggravation déterminante de l'état de santé somatique du recourant depuis le 16 mai 2011. Du point de vue psychique, la chambre de céans constate que l'expertise du Prof. P\_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle comprend une anamnèse complète, les plaintes du recourant, une description du status, elle se réfère aux pièces médicales du dossier, les diagnostics sont clairs et bien motivés ; enfin elle se réfère à l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2012 en relevant que les conclusions des deux expertises ne sont guère différentes. Le rapport d'expertise conclut à l'absence de diagnostics psychiatriques incapacitants. Le recourant conteste les conclusions du Prof. P\_\_\_\_\_ et se prévaut de l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ du 20 février 2017 selon lequel celui-ci s'étonnait d'une reconnaissance d'une capacité de travail de 100 % du recourant et demandait une intégration professionnelle. Outre que cet avis est sommairement motivé, il ne conteste pas véritablement les conclusions du Prof. P\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail reconnue au recourant, de sorte qu'il n'est pas même de remettre en cause les conclusions de l'expertise. En conséquence, l'aggravation de l'état de santé invoquée par le recourant ne saurait être prise en compte, faute d'évaluation médicale la confirmant, tant du point de vue somatique que psychique. Le taux d'invalidité du recourant, inchangé, est ainsi de 26 %, (ATAS/1205/2012), soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. 10. Se pose encore la question du droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel. L'intimé s'y oppose en estimant que le recourant ne

présente pas d'incapacité de travail durable, ni d'atteinte à sa santé invalidante. À cet égard, le recourant, s'est vu reconnaître un taux d'invalidité de 26 % (ATAS/1205/2012) ; en particulier il a été reconnu qu'il présentait de légères limitations fonctionnelles et que l'ancienne activité de chauffeur de camion n'était plus exigible ; le recourant pourrait, dans cette mesure, avoir droit à une mesure d'ordre professionnelle, par exemple par le biais d'une orientation professionnelle ou d'un réentraînement au travail. Cependant, il apparaît que le recourant n'a pas la velléité d'entreprendre une telle mesure, celui-ci invoquant une incapacité de travail totale en raison de multiples problèmes physiques et psychiques, comme relevé dans son écriture du 5 mai 2017. Par ailleurs, le Dr L\_\_\_\_\_ a également estimé

A/4331/2016 - 15/16 - que de telles mesures seraient vouées à l'échec vu l'absence de motivation du recourant (expertise L\_\_\_\_\_ p.15). Partant, il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'intimé sur ce point. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/4331/2016 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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