

GE_GERICHTE ATAS/990/2012 vom 22. August 2012

GE Cour de justice, 2012-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_990_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/990/2012 du 22 août 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/990/2012 del 22 agosto 2012

Erwägungen

E. 7

Le 9 octobre 2009, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations. À l'appui de celle-ci, il a fait valoir qu'il était suivi par son médecin traitant, la Dresse L_____, médecin généraliste, depuis le 1er mars 2008 pour "suites de chirurgie cardiovasculaire" ainsi que par un psychiatre, le Dr M_____, depuis janvier 2009 pour "dépression suite à chirurgie".

E. 8

Par certificat médical daté du 26 octobre 2009, le Dr M_____ a déclaré suivre l'assuré "pour un état de réaction dépressif prolongé". Ce document précisait que "la souffrance du patient" était le résultat de la conjonction de différents facteurs, savoir la maladie cardiaque, le divorce ainsi que les difficultés socioprofessionnelles, à quoi s'ajoutait une complication résultant de l'impossibilité d'un traitement médicamenteux puissant à cause du risque d'interaction avec son traitement anticoagulant.

E. 9

Le 10 novembre 2009, la Dresse L_____, médecin généraliste, a établi un certificat médical faisant état de troubles cardiaques, d'épigastralgie sur gastrite aiguë, de gonalgie aiguë droite sur gonarthrose et de goitre. Mentionnant également un état anxio-dépressif aigu et une aggravation de l'état de santé du patient avec une décompensation importante sur le plan psychique, la Dresse L_____

A/3205/2011 - 3/13 - précisait que l'état de santé actuel de l'assuré nécessitait la poursuite du traitement médicamenteux et des séances de psychothérapie de soutien chez le Dr. M_____ et qu'il ne lui permettait pas d'entreprendre un travail quel qu'il soit tant qu'il n'y aurait pas de stabilisation sur le plan clinique, d'où une "invalidité [...] de 100%".

E. 10

Le 20 novembre 2009, l'OAI a confié au SERVICE MEDICAL REGIONAL de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) le soin de déterminer si la nouvelle demande de prestations de l'assuré et les pièces médicales annexées à cette dernière justifiaient une reprise de l'instruction de la demande ou au contraire un refus d'entrer en matière. Selon la Dresse N_____ une aggravation de l'état de santé de l'assuré était plausible.

E. 11

Dans un rapport médical daté du 14 juin 2010, le Dr O_____, spécialiste FMH en cardiologie, a diagnostiqué une fibrillation auriculaire au décours d'une bronchopneumonie avec abcès pulmonaire droit, une cardiopathie valvulaire (post- RAA), un remplacement valvulaire mitral en 2006 par prothèse mécanique, une sténose aortique discrète et insuffisance aortique modérée post-RAA et hypertensive, stable depuis 2007, ainsi qu'un

probable état dépressif.

E. 12

Dans un courrier du 7 juillet 2010 adressé à la Dresse L_____, le Dr O_____ a précisé que l'épisode de fibrillation auriculaire présenté par l'assuré en mai 2010 correspondait clairement à une arythmie en relation avec l'épisode infectieux pulmonaire et qu'actuellement, la situation clinique de l'assuré était stable.

E. 13

Le 15 juillet 2010, la Dresse L_____ a établi un rapport médical énumérant une nouvelle fois les problèmes de santé mentionnés dans le certificat médical du 10 novembre 2009. Pour le surplus, le rapport de la Dresse L_____ reprenait les problèmes cardiologiques listés par le Dr O_____ dans son rapport médical du 14 juin 2010, en précisant que les problèmes de santé de l'assuré étaient à l'origine d'une incapacité de travail à 100% depuis le 31 mars 2008 "à nos jours". Au chapitre des restrictions existant sur le plan le plan professionnel, la Dresse L_____ a mentionné une "contre-indication pour des travaux lourds et travaux à responsabilité".

E. 14

Dans un rapport médical établi fin juillet 2010, le Dr M_____ a indiqué que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif récurrent dont l'épisode traversé actuellement était léger (F.33.0), d'où une incapacité de travail de 100% depuis le 9 décembre 2008, date de la première consultation. Pronostiquant des risques suicidaires et d'abus d'alcool, le Dr M_____ a ajouté que l'activité professionnelle exercée jusqu'alors par l'assuré ne pouvait plus du tout être exercée en raison de restrictions physiques, que le rendement y était réduit pour cause d'incapacité physique. À la question de savoir si les restrictions physiques

A/3205/2011 - 4/13 - mentionnées pouvaient être réduites par des mesures médicales, le Dr M_____ a répondu par l'affirmative en mentionnant des mesures médicales adaptées à son handicap.

E. 15

Par avis médical émis courant novembre 2010, le SMR, soit pour lui le Dr P_____, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré comme peintre en bâtiment était de 100% depuis le 7 juin 2006, mais que dans une activité adaptée, sédentaire ou semi-sédentaire sans manipulation de charges de plus de 5 kg, exécutée essentiellement en position assise, sa capacité de travail était de 100% dès le 22 janvier 2007. Tout en estimant que l'aggravation de l'état de santé, depuis mars 2008, alléguée par la Dresse L_____ était plausible, le Dr P_____ considérait qu'il était indispensable d'interroger le Dr O_____ au moyen des formulaires d'usage.

E. 16

Dans un questionnaire complété le 17 novembre 2010, auquel était annexé la copie d'un courrier adressé le même jour à la Dresse L_____, le Dr O_____ a indiqué que d'un point de vue médical, le rendement de l'assuré dans sa dernière activité professionnelle était réduit pour cause de dyspnée NYHA 2-3, que l'incapacité de travail avait pour cause la cardiopathie valvulaire post RAA et que d'un point de vue cardiaque, la situation était stable. Le Dr O_____ a ajouté que l'évolution observée au cours des

six derniers mois était favorable, sans récurrence d'arythmie, et qu'il persistait une "dyspnée d'effort stade II-III selon la NYHA".

E. 17

Dans un avis médical du 16 décembre 2010, le SMR, soit pour lui le Dr P_____, a relevé que l'état de réaction dépressif prolongé mentionné par le Dr M_____ est le résultat de la conjonction de différents facteurs: la maladie cardiaque, le divorce et les difficultés socioprofessionnelles de l'assuré. Le Dr P_____ a ajouté que tant pour la maladie cardiaque que pour les "événements de vie", l'état de santé devrait s'améliorer passé une période de deuil de trois à six mois. Le Dr P_____ a également souligné qu'un épisode dépressif récurrent, épisode actuel léger F.33.0, que le Dr M_____ fait remonter au 3 décembre 2008, date du premier rendez-vous, n'était "pas susceptible d'entraver de façon durable la capacité de travail dans le monde de l'économie". D'un point de vue cardiologique, le Dr P_____ a constaté que la situation était inchangée depuis la dernière décision de l'OAI. Enfin, le Dr P_____ a indiqué qu'en dehors d'une période d'incapacité de travail entière, dans toute activité professionnelle, due à une bronchopneumonie survenue en juin 2010 avec période de convalescence jusqu'à fin juillet 2010, la capacité de travail durable exigible depuis la dernière décision AI demeurait inchangée.

E. 18

Par décision du 21 septembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations datée du 9 octobre 2009. Se fondant sur l'avis médical du SMR du 16 décembre 2010, l'OAI a estimé que la capacité de travail exigible depuis la décision de refus du 31

A/3205/2011 - 5/13 - octobre 2007 restait identique, à savoir 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré et qu'en présence d'un degré d'invalidité se situant toujours à 0%, les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas réalisées.

E. 19

Par acte daté du 12 octobre 2011, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours devant la Cour de céans. Concluant principalement à l'octroi d'une rente et subsidiairement à l'octroi de mesures de réorientation professionnelle, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail complète. Il sollicite également un délai supplémentaire pour motiver son recours de façon plus approfondie.

E. 20

Par courriers du 31 octobre et du 30 novembre 2011, la Cour de céans a accordé au recourant un délai au 30 novembre, respectivement au 16 décembre 2011 pour compléter son recours et produire toutes pièces utiles.

E. 21

Par acte du 14 décembre 2011, le recourant a complété son recours. Reprenant en substance ses conclusions principales et subsidiaires formulées précédemment, le recourant a précisé ces dernières en concluant préalablement à la "tenue d'une expertise psychiatrique en milieu neutre" sur la personne du recourant et principalement à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité "dont le degré dépendra de l'instruction médicale". À l'appui de ses conclusions, le recourant fait grief à l'OAI de ne pas avoir retenu une aggravation durable de son état psychologique. Il indique également que même s'il était capable de travailler à

100%, ses problèmes de santé provoqueraient sûrement une baisse de rendement qu'il y a lieu de chiffrer dans la mesure où la diminution en question est "susceptible d'ouvrir le droit [...] à des mesures de réadaptation professionnelles".

E. 24

Dans sa réponse du 19 janvier 2012, l'OAI (ci-après l'intimé) a conclu au rejet du recours. Il s'est dit également opposé à une expertise psychiatrique. Il fait valoir que l'épisode dépressif léger diagnostiqué par le Dr M_____ n'est pas susceptible d'entraver de manière durable la capacité de travail du recourant et que les difficultés rencontrées par ce dernier sont dans une large mesure imputables à sa situation conjugale et socioprofessionnelle, de sorte que ni le diagnostic posé par le Dr M_____ ni les éléments objectifs à disposition ne permettent de retenir un changement notable des circonstances et donc de faire une appréciation différente du cas.

E. 25

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

A/3205/2011 - 6/13 - EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS 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, entrées en vigueur le 1er janvier 2003, 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 345 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse, du 21 septembre 2011, concerne des faits survenus postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision). Au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné après le 1er janvier 2008, à la lumière de la 5ème révision (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 4. 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.

A/3205/2011 - 7/13 - 5. L'objet du litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé, après être entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant, a refusé l'octroi d'une rente ainsi que des mesures professionnelles. 6. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (cf. art. 87 al. 4 RAI). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. L'administration jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. En revanche, ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Cela étant, la terminologie employée par l'administration n'est pas décisive pour déterminer si la décision querellée constitue matériellement une décision de refus ou une décision de non-entrée en matière (ATFA non publié I 522/03 du 4 mai 2004, consid. 3.2). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Dans le cas particulier, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du 9 octobre 2009 après avoir considéré qu'une aggravation de l'état de santé du recourant était plausible. Consécutivement, il a effectivement instruit la

A/3205/2011 - 8/13 - cause en vue de déterminer si la capacité de travail exigible du recourant s'était modifiée depuis la décision de refus du 31 octobre 2007. 7. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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 être raisonnablement exigée 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). 8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles

A/3205/2011 - 9/13 - d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

De simples réactions dépressives ne sont en principe pas assimilables à une maladie au sens de l'assurance-invalidité (cf. art. 3 LPGA). Selon littérature spécialisée, elles peuvent être soignées par psychothérapie et, en règle générale, leur intensité diminue rapidement, d'où l'absence d'invalidité au sens défini par les art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (ATF 127 V 294, consid. 4a et les références citées). 10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à

l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

A/3205/2011 - 10/13 - l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.). 10. En l'espèce, la Dresse L _____ a mentionné par certificat médical du 10 novembre 2009 que l'état de santé actuel de l'assuré nécessitait la poursuite du traitement médicamenteux et des séances de psychothérapie de soutien chez le Dr M _____ et qu'il ne permettait pas d'entreprendre un travail quel qu'il soit tant qu'il n'y aurait pas de stabilisation sur le plan clinique d'où une "invalidité [...] de 100%". Le SMR a déduit des informations données par la Dresse L _____ qu'une aggravation de l'état de santé du recourant apparaissait plausible à partir de mars 2008.

À l'examen, il s'avère que les affirmations de la Dresse L _____ doivent être quelque peu nuancées à la lumière des renseignements fournis par les deux autres praticiens chargés du suivi médical du recourant. Dans son rapport établi fin juillet 2010, le Dr

M_____ n'invoque pas de restrictions mentales ou psychiques à

A/3205/2011 - 11/13 - l'activité exercée à ce jour, mais uniquement des "restrictions physiques" et une diminution du rendement dans cette activité en raison d'une "incapacité physique". Quant au Dr O_____, il indique dans son rapport du 17 novembre 2010 que le rendement dans l'activité exercée à ce jour est réduit pour cause de dyspnée NYHA de stade 2-3. En réponse à la question de savoir si l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail du recourant, le Dr O_____ mentionne dans ce même rapport que la situation est stable depuis trois ans, ce qui signifie en d'autres termes qu'elle n'a pas changé depuis la décision du 31 octobre 2007 par laquelle l'OAI a rejeté la première demande de prestations du recourant au motif que celui-ci disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit sans port de charge de plus de 5 kg et essentiellement assise. C'est par conséquent à bon droit que le Dr P_____, du SMR, a considéré dans son avis médical du 16 décembre 2010 que "d'un point de vue cardiologique, la situation est inchangée depuis la dernière décision AI".

S'agissant du volet psychique, il importe de relever que dans son certificat médical du 26 octobre 2009, le Dr M_____ mentionne un état de réaction dépressif prolongé résultant de la conjonction de différents facteurs, savoir la maladie cardiaque, le divorce et les difficultés socioprofessionnelles du recourant. Comme relevé plus haut, de simples réactions dépressives ne sont en principe pas assimilables à une maladie au sens de l'assurance-invalidité (ATF 127 V 294, consid. 4a et les références citées). D'autant moins qu'en l'espèce, le Dr M_____ pose le diagnostic d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel léger F.33.0, étant précisé que ce diagnostic n'est « pas susceptible d'entraver de façon durable la capacité de travail d'une personne dans le monde de l'économie » comme le relève le Dr P_____ qui ajoute que « tant pour la maladie cardiaque que pour les événements de vie, passé une période de deuil de 3 à 6 mois, l'état de santé devrait s'améliorer ».

Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a considéré que la capacité de travail exigible du recourant depuis la décision de refus du 31 octobre 2007, était toujours de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Reste à déterminer si le recourant a droit aux mesures de réadaptation professionnelle auxquelles il prétend subsidiairement ainsi qu'à une "expertise psychiatrique aux fins de déterminer avec précision [sa] capacité de travail". 11. Aux dires du recourant, les problèmes cardiologiques et psychologiques auxquels il est en proie actuellement provoqueraient une baisse de rendement devant être

A/3205/2011 - 12/13 - chiffrée au moyen d'une expertise, "car susceptible d'ouvrir le droit [...] à des mesures de réadaptation professionnelle". Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation. Le droit à de telles mesures n'est pas inconditionnel. Encore faut-il qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Aux termes de l'art. 1^{er} novies première phrase du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS.831.201 - RAI), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les

mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. ATF non publié 9C_464/2009 du 31 mai 2010). Dans le cas particulier, le degré d'invalidité du recourant demeure inchangé à 0% depuis la première décision de l'OAI du 31 octobre 2007. Il ne ressort pas non plus des éléments du dossier qu'il serait menacé d'invalidité, puisque, fort des informations consignées dans les rapports médicaux des Dr M_____ et O_____, il convient d'admettre avec le SMR qu'à l'exception d'un épisode d'arythmie cardiaque au décours d'une bronchopneumonie entre juin et juillet 2010, la capacité de travail durable exigible n'a pas changé depuis la décision du 31 octobre 2007. Compte tenu de ce qui précède, le recourant n'a pas droit à des mesures de réadaptation professionnelle. Dès lors qu'il est manifeste que le recourant ne présente pas d'invalidité, la mise sur pied d'une expertise psychiatrique ne se justifie pas. 12. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/3205/2011 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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