

GE_GERICHTE A/1705/2010 vom 5. Oktober 2010

GE Cour de justice, 2010-10-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1705_2010

FR: GE_GERICHTE A/1705/2010 du 5 octobre 2010

IT: GE_GERICHTE A/1705/2010 del 5 ottobre 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.10.2010 A/1705/2010

A/1705/2010 ATAS/1004/2010 du 05.10.2010 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1705/2010
ATAS/1004/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 1 du 5 octobre 2010 En la cause Monsieur F _____, domicilié
aux Acacias, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel VOUILLOZ
recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur F _____, né
en 1954, d'origine portugaise, a travaillé comme maçon de 2000 à 2003. Il a déposé le 2
mars 2005 une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE DE LA REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
(ci-après OAI) tendant à la prise en charge de mesures de réadaptation et à l'octroi d'une
rente. Il a indiqué qu'il souffrait d'une cardiopathie dilatée avec fonction ventriculaire
gauche systolique globale diminuée et insuffisance valvulaire mitrale depuis le 15 janvier
2003. Interpellé par l'OAI, le Dr L _____, généraliste FMH, a, dans un rapport du 29
avril 2005, posé les diagnostics d'insuffisance cardiaque modérée à sévère, de cardiopathie
dilatée d'origine rythmique et alcoolique, de fibrillation auriculaire, d'artériopathie du
membre inférieur gauche, de polyarthrose et d'éthylisme chronique, affections présentes
depuis décembre 2002. L'assuré présentait, selon lui, une totale incapacité de travail depuis
janvier 2003 et il n'était plus en mesure d'exercer une quelconque activité, au motif qu'il
souffrait d'une « trop grave atteinte dans sa santé et une formation insuffisante ».
Considérant que les renseignements à disposition ne suffisaient pas pour déterminer la
capacité de travail exigible dans une activité adaptée, l'OAI a confié au Dr M _____,
spécialiste FMH en médecine interne, le soin d'effectuer une expertise. Celui-ci a établi son
rapport le 10 juillet 2006. Il en ressort que les problèmes de santé de l'assuré avaient
probablement débuté à la fin de l'année 2002 avec l'apparition d'une dyspnée associée à des
palpitations, une orthopnée ainsi que des dyspnées paroxystiques nocturnes. A titre de
diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu une
cardiomyopathie dilatée probablement d'origine mixte, rythmique et toxique depuis
décembre 2002, ainsi qu'une fibrillation auriculaire chronique, dont l'apparition était
difficile à dater ; l'assuré présentait aussi un status après arthrite du genou gauche d'origine
indéterminée (2003 et 2004), un status après pneumonie droite (2005) ainsi qu'un
tabagisme et un alcoolisme chroniques, ces affections n'étant pas invalidantes. L'expert a
encore précisé que la cardiomyopathie dilatée était à l'origine d'une limitation fonctionnelle
avec intolérance au port de charges et aux efforts soutenus, qu'elle rendait la profession
d'aide-maçon difficilement praticable et justifiait ainsi une totale incapacité de travail dans
une activité réputée lourde depuis le 1 er janvier 2003. Toutefois, dans une activité légère,

une activité à temps complet paraissait exigible. L'activité compatible avec l'affection présentée devait avoir un niveau de capacité de charges légères c'est-à-dire avec des manipulations occasionnelles de 10 kg au maximum. Par projet de décision du 22 novembre 2006 confirmé par décision du 8 janvier 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. L'assuré a interjeté recours contre la décision précitée et a produit une attestation du 19 septembre 2007 des Drs N_____ et O_____, médecins au service de cardiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), indiquant qu'il était suivi par leur service pour une affection cardiaque majeure affectant sa capacité fonctionnelle ainsi que son pronostic vital. Il devait bénéficier prochainement d'une intervention chirurgicale. Par arrêt du 18 décembre 2007, le Tribunal de céans a rejeté le recours. Il a notamment considéré que le rapport d'expertise du Dr M_____ avait pleine valeur probante et que les appréciations des médecins traitants n'étaient pas de nature à mettre en doute ses conclusions. Il a également confirmé que le degré d'invalidité était nul. En date du 19 mars 2008, le Dr P_____, spécialiste FMH en cardiologie et en médecine interne, nouveau cardiologue traitant, a informé l'OAI que l'assuré n'était plus en mesure de reprendre son activité de maçon. Il a également attiré l'attention de l'office, s'agissant d'une éventuelle réadaptation, sur le fait que son patient était illettré. Il a notamment joint à son courrier : un rapport du 25 octobre 2007 du Service de Cardiologie des HUG, duquel il ressort que l'assuré avait été hospitalisé du 15 au 17 octobre 2007 pour subir une intervention chirurgicale destinée à l'implantation d'un défibrillateur avec resynchronisation cardiaque. Les diagnostics retenus étaient une « cardiomyopathie dilatée d'origine rythmique et possiblement OH avec ventricule gauche discrètement dilaté et fraction d'éjection modérément à sévèrement diminuée » et une fibrillation auriculaire chronique ; une attestation du 20 février 2008 du Dr P_____ expliquant que l'assuré avait dû être hospitalisé en octobre 2007 en raison d'un essoufflement à l'effort invalidant et de malaises avec pertes de connaissance. Une échocardiographie effectuée en décembre 2007 avait montré la présence d'une dilatation de toutes les cavités cardiaques gauches et droites ainsi qu'une nette diminution de la contractilité du muscle cardiaque. Selon le médecin, une réadaptation professionnelle ne pouvait être envisagée que si l'activité ne requérait pas d'effort physique significatif. Le 15 avril 2008, l'OAI a signifié à l'assuré un projet de non entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations, formulée par l'intermédiaire du Dr P_____, dès lors qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que son état de santé s'était modifié de manière essentielle. Par courrier du 15 mai 2008, l'assuré a manifesté son désaccord avec le projet précité ; son état de santé s'était détérioré depuis le mois de janvier 2007, preuve en était qu'il avait dû subir une intervention chirurgicale en raison de graves problèmes cardiaques. Il a produit : deux certificats des 25 et 29 avril 2008 du Dr Q_____, généraliste FMH et médecin traitant, attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, celui-ci souffrant d'insuffisance cardiaque grave, de fibrillation auriculaire, de dyspnée au moindre effort, d'hyperuricémie, de crises de goutte invalidantes du pied gauche et de douleurs dégénératives du système ostéo-articulaire. L'assuré présentait, selon lui, une totale incapacité de travail quelle que soit l'activité lucrative envisagée et l'exécution de travaux même légers l'exposait à un danger réel pour sa santé ; une attestation du 2 mai 2008 du Dr P_____, qui déclarait avoir reçu l'assuré en consultation en semi-urgence en date du 28 avril 2008 et avoir constaté l'apparition d'œdèmes aux membres inférieurs et une dyspnée au moindre effort. Son examen clinique avait mis en exergue une décompensation cardiaque gauche témoignant de la péjoration actuelle de l'état myocardique et de l'insuffisance cardiaque. Le 30 mai 2008, le Dr

R_____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a relevé que l'insuffisance cardiaque s'était aggravée depuis le 28 avril 2008 et qu'il y avait lieu de se tenir informé du maintien de cette aggravation à fin juillet 2008. Si tel ne devait pas être le cas, la capacité de travail de l'assuré devrait être considérée comme totale dans toute activité légère. Le 31 juillet 2008, l'OAI a ainsi sollicité du Dr P_____ des renseignements concernant l'état de santé de l'assuré depuis le 28 avril 2008, et l'a invité à préciser si l'aggravation alléguée s'était maintenue au-delà de cette date. Par rapport intermédiaire du 11 août 2008, le Dr P_____ a retenu les diagnostics de chondrocalcinose du genou gauche et des deux chevilles depuis mai 2008 et a souligné qu'il n'y avait pas eu d'évolution sur le plan cardiaque. Il a précisé qu'il existait une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis les mois de mars-avril 2008 et a indiqué que l'état de santé était stationnaire depuis lors. Il considérait les difficultés à la marche ainsi que la dyspnée de l'assuré comme des limitations fonctionnelles. L'assuré présentait, selon lui, une totale incapacité de travail dans son activité de maçon ainsi que dans toute autre activité et ce de manière définitive. A son rapport étaient joints : un rapport du 4 juin 2008 du Service de Médecine Interne de Réhabilitation de Beau-Séjour, attestant de l'hospitalisation de l'assuré du 19 au 31 mai 2008, celui-ci ne pouvant plus marcher. Les médecins ont posé le diagnostic principal de crise de chondrocalcinose du genou gauche et des deux chevilles et le diagnostic secondaire d'épisode de bradycardie (« FA à réponse ventriculaire gauche ») ; un rapport du 26 juin 2008 de la Dresse S_____, médecin au Centre d'Accueil et d'Urgences des HUG, diagnostiquant une chondrocalcinose du genou et de la cheville gauches et constatant que les douleurs de l'assuré y étaient à nouveau présentes. Le 4 septembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 avril 2008. Il a notamment constaté que le Dr P_____ avait attesté de l'état de santé stationnaire de l'assuré au niveau cardiaque, de sorte qu'il devait être conclu que son état de santé demeurait inchangé depuis sa décision du 8 janvier 2007 et qu'il présentait une totale capacité de travail dans une activité adaptée. Par acte du 8 octobre 2008, l'assuré a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée sollicitant, principalement, son annulation ainsi que l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise concernant sa capacité de travail. Il a notamment soutenu que l'OAI n'avait pas tenu compte des conclusions des Drs Q_____ et P_____. Par arrêt du 17 mars 2009 (ATAS/318/2009), le Tribunal de céans a admis le recours et a annulé les décisions des 15 avril et 4 septembre 2008. Il a également renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. En effet, il a considéré qu'au vu des rapports concordants des médecins de l'assuré, une aggravation de son état de santé cardiaque, susceptible d'influencer son droit aux prestations, avait été rendue plausible. Dans un rapport du 5 juin 2009, le Dr P_____ a rappelé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'ores et déjà posés de cardiomyopathie dilatée sévère et d'insuffisance cardiaque depuis 2006. Les symptômes étaient alors de la dyspnée au moindre effort, de l'orthopnée et une insuffisance cardiaque au status. Le pronostic était mauvais et dépendait de l'évolution de la cardiomyopathie précitée. L'assuré était incapable de travailler à 100% dans sa profession de maçon depuis décembre 2007, date de la prise en charge par ce praticien. S'agissant des limitations, le Dr T_____ a relevé que seules des activités en positions assise ou debout ou en rotation, sans efforts, étaient encore possibles. Sur avis du SMR, l'OAI a mandaté, le 26 juin 2009, le Dr M_____ pour réaliser une nouvelle expertise de l'assuré. Par communication du 26 juin 2009, l'OAI a informé Me Jean-Pierre OBERSON, associé de Me Daniel VOUILLOZ, mandataire de l'assuré, qu'une expertise avait été ordonnée et

confiée au Dr M_____ et a imparti un délai de 10 jours pour récuser l'expert. Faisant suite à un courrier adressé le 5 juin à son associé, qui lui avait été transmis par ce dernier, Me VOUILLOZ a précisé à l'OAI, le 30 juin 2009, que c'était lui et non Me OBERSON, qui était le conseil de l'assuré. Par courrier du 3 juillet 2009, le Dr M_____ a convoqué l'assuré pour le 24 août 2009. Il ressort du rapport du 1^{er} septembre 2009 que le Dr M_____ a examiné l'assuré le 24 août 2009 pendant près de deux heures et qu'il s'est entretenu avec le Dr Q_____. Lors de cet examen, l'expert a procédé à un examen de coagulation et à des dosages médicamenteux et a considéré que ces derniers permettaient d'affirmer que l'assuré ne prenait pas régulièrement voire pas du tout ses traitements contrairement à ce qu'il affirmait. Par ailleurs, l'assuré avait également mentionné trois accidents de travail qui n'avaient entraîné aucune répercussion sur sa santé. Sur le plan de l'appareil locomoteur, le status articulaire était calme cliniquement malgré les crises récidivantes de goutte ou de pseudo-goutte, ce qui était toutefois en contradiction avec l'observation de l'assuré. La discordance entre son attitude ostentatoire et l'examen clinique était frappante. En effet, la prise en charge des douleurs nécessitait au moins 3 comprimés de Tramadol par jour, dosés à 50mg alors que le dosage médicamenteux était non détectable le 25 août 2009. Sur le plan cardiologique, il ne trouvait aucun signe d'insuffisance cardiaque décompensée. Fort de ce qui précède, l'expert a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : cardiopathie d'origine mixte rythmique et toxique (2008), fibrillation auriculaire, status après implantation d'un défibrillateur avec resynchronisation cardiaque (2007). En outre, il a retenu les atteintes suivantes, sans répercussion sur la capacité de travail : oligo-arthrite microcristalline récidivante des genoux et chevilles, tabagisme chronique. En raison de la pathologie cardiaque, aucune activité requérant des efforts ou le port de charges lourdes n'était exigible. Dans une activité adaptée, respectant les limitations suivantes, la capacité de travail était entière. L'activité exigible ne devait pas comporter de port de charges supérieures à 5 kg et s'effectuer sans efforts répétés, en travaillant en position assise à l'établi, ou alors impliquant de courts déplacements. Elle ne devrait pas comporter la nécessité de monter sur des échelles ou des échafaudages et idéalement sans exposition à la chaleur ou au froid. En outre, les arthrites microcristallines étaient susceptibles d'engendrer en cas de crises aiguës, un absentéisme difficile à prévoir de quelques jours à 2 ou 3 semaines. Un reclassement dans une telle activité était envisageable mais limité par des éléments extra-médicaux tels que la formation de l'assuré, sa motivation et son comportement. Se fondant sur l'expertise précitée, l'OAI a soumis à l'assuré, le 28 janvier 2010, un projet de décision rejetant la nouvelle demande de prestations. Dans ses observations du 3 mars 2010, l'assuré s'est opposé au projet précité, alléguant que l'OAI n'avait tenu compte que du seul avis du Dr M_____ et non de ceux de ses médecins traitants. Le 25 mars 2010, l'OAI a confirmé le projet précité. En date du 11 mai 2010, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée. Il considère notamment que l'avis du Dr M_____ ne suffisait pas pour fonder la décision de refus de prestations. Par ailleurs, l'expert manquait d'objectivité, le Tribunal de céans ayant constaté que son précédent rapport ne pouvait suffire à fonder la décision de refus de prestations, étant donné qu'il était expressément contredit par les opinions de plusieurs médecins. L'expert l'avait en outre accusé d'actes de dissimulation ou de tricherie, et notamment de tentatives de simulation. Enfin, il considère qu'il était malvenu de l'OAI de mandater le même expert que précédemment, ce d'autant plus que son premier rapport ne disposait d'aucune valeur probante. Par courrier du 19 mai 2010, le recourant a fourni au Tribunal de céans une lettre

de sortie datée du 30 avril 2010, relative à une hospitalisation du 16 au 22 avril 2010 en raison d'une décompensation cardiaque. Selon ce document, le diagnostic principal était une décompensation cardiaque gauche suite à des variations rythmiques trop importantes. Les comorbidités actives étaient les suivantes : cardiomyopathie dilatée d'origine rythmique et probablement éthylique avec ventricule gauche discrètement dilaté et fraction d'éjection du ventricule gauche à 25-35% en février 2010, sclérose aortique avec minime insuffisance aortique, fibrillation auriculaire chronique depuis 2003 avec échec de cardioversion électrique en 2003, anticoagulée par Sintrom difficile à régler, épisode de malaise avec perte de connaissance sur troubles du rythme et pose de pacemaker tricaméral en octobre 2007. Dans un courrier du 11 juin 2010, l'OAI maintient sa position. La jurisprudence fédérale l'autorise à solliciter une deuxième fois le Dr M_____. Par ailleurs, il est contraire à la bonne foi d'attendre de connaître le résultat de l'expertise avant de se plaindre du choix de l'expert. L'OAI souligne que dans l'arrêt du 17 mars 2009, le Tribunal de céans ne remettait pas en question la valeur probante de la première expertise réalisée par ce praticien de sorte qu'il pouvait être réinterrogé par l'intimé. Le rapport du 1^{er} septembre 2009 ne comporte aucun jugement de valeur et remplit les conditions jurisprudentielles. Il dispose par conséquent d'une pleine valeur probante. Enfin, il est superflu de mettre en œuvre une nouvelle expertise dès lors que l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause. Par courrier du 2 juillet 2010, le recourant relève que la communication du 26 juin 2009, par laquelle il aurait été informé de la tenue d'une expertise confiée au Dr M_____, a été adressée à Me OBERSON et non à son Conseil, qui ne l'a jamais reçue. Par ailleurs, lorsqu'il a reçu la convocation du 3 juillet 2009, le recourant ne pouvait réaliser qu'il lui aurait été possible de solliciter la récusation de l'expert. L'intimé persiste dans ses conclusions par courrier du 29 juillet 2010. Ce courrier a été transmis au recourant et l'affaire a été gardée à juger.

EN DROIT

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. Dès lors que la demande de prestations date du 18 mars 2008, la LPGA et la 5^e révision de la LAI, entrées en vigueur le 1^{er} août 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2008, sont applicables. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer une rente au recourant et plus spécifiquement si c'est à juste titre qu'il a reconnu une entière valeur probante au rapport d'expertise du Dr M_____. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur

dès le 1er 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 ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 (COMAI) (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). b) 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. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des 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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par

son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Dans un arrêt 9C_603/2010, le Tribunal fédéral a précisé qu'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet JACQUES MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss, ainsi que FRANÇOIS PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, in L'expertise médicale, 2002, p. 11 ss et 133 ss). d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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). Dans son recours du 11 mai 2010, l'assuré conteste principalement l'objectivité du Dr M_____. Il prétend que, de l'avis du Tribunal de céans, le précédent rapport de cet expert ne suffisait pas à fonder la décision de refus de prestations, dès lors qu'il était expressément contredit par l'opinion de plusieurs praticiens. En outre, en renvoyant la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, le Tribunal de céans n'entendait pas que l'expertise soit à nouveau confiée au Dr M_____. A plusieurs reprises, l'expert a reproché des actes de dissimulation, de tricherie et de simulation au recourant. Dans ses observations du 2 juillet 2010, le recourant soulève l'irrégularité de la notification de la communication du 26 juin 2009, adressée à Me Jean-Pierre OBERSON, 9 rue de la Terrassière, 1207 Genève, aux termes de laquelle il était informé de la tenue d'une expertise confiée au Dr M_____. En raison de cette irrégularité, il n'avait pas pu faire valoir de motifs de récusation à l'encontre de l'expert. De son côté, l'intimé estime qu'il était en droit de mandater le Dr M_____

pour une seconde expertise et qu'il appartenait au recourant de s'y opposer immédiatement s'il n'était pas d'accord avec la personne de l'expert. a) Selon la jurisprudence, les communications que les autorités administratives et judiciaires destinent aux parties qu'elles savent représentées par un mandataire doivent être adressées à celui-ci. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (cf. DTA 2002 n. 9 p. 66 consid. 2 ; RAMA 1997 n° U 288, p. 442 consid. 2b). Dans un arrêt du 13 février 2001 (arrêt C_168/00), le Tribunal fédéral des assurances a précisé le délai dans lequel une partie devait attaquer une décision lorsque celle-ci n'a pas été notifiée à son représentant - dont l'existence est connue de l'autorité -, mais directement entre ses mains. Dans de telles situations, il a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date. Par ailleurs, une décision ou une communication de procédure est notifiée, non pas au moment où le justiciable en prend connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée ; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où l'envoi entre dans la sphère de puissance de son destinataire. Il suffit néanmoins que la communication soit entrée dans la sphère de l'administré de manière qu'il puisse en prendre connaissance (ATF 118 II 44 consid. 3b, 115 Ia 17 ; Grisel, Traité de droit administratif, p. 876 et la jurisprudence citée ; Knapp, Précis de droit administratif, 4^e édition, n° 704 p. 153 ; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, n° 148 p. 96). b) Conformément à l'art. 49 al. 3 dernière phrase LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Selon la jurisprudence, toute notification irrégulière ne doit toutefois pas être nécessairement déclarée nulle; il convient bien plutôt de considérer la protection juridique comme assurée dès le moment où une notification objectivement irrégulière atteint son but malgré l'irrégularité; c'est pourquoi il faut, d'après les circonstances concrètes du cas d'espèce, examiner si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme; ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (ATF 122 U 97 consid. 3a/aa p. 99; 111 V 149 consid. 4c p. 150 et les références; RAMA 1997 no U 288 p. 442, U 263/96 consid. 2b/bb).. c) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353 s., 123 V 175 consid. 3d p. 176 et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/ee p. 109 s. [I 128/98]; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références [U 212/97]). Dans ce contexte, il sied de préciser qu'un expert n'est pas considéré comme prévenu pour la seule raison que, dans une procédure précédente, ses conclusions n'ont pas été dans le sens voulu par l'assuré (arrêt I 311/04 du 23 mars 2006, consid. 5.1 et 5.2). Il en va autrement lorsqu'il existe des circonstances qui permettent de fonder objectivement une

suspicion légitime de partialité, notamment lorsque les experts ne rédigent pas leur rapport de manière neutre et factuelle (Arrêt I 311/04 du 23 mars 2006, consid. 5.1 et 5.2 ; ATF 120 V 364 , consid. 31 ; arrêt I 29/04 du 17 août 2004). d) D'après la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge, - développée à propos de l'art. 58 aCst. , mais qui reste pleinement valable sous l'empire de l'art. 30 Cst. (consid. 1a non publié de l'arrêt ATF 126 V 303 , mais dans SVR 2001 BVG 7 p. 28) -, le motif de récusation doit être invoqué dès que possible, soit en principe dès le début des débats, mais au plus tard dès que le plaideur a connaissance de l'identité des membres composant l'autorité, à défaut de quoi il est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir (ATF 119 Ia 228 sv., 118 Ia 284 consid. 3a, 215, 116 Ia 138 consid. 2d, 115 V 362 consid. 4b, 114 V 62 consid. 2b; Egli/Kurz, La garantie du juge indépendant et impartial dans la jurisprudence récente, Recueil de jurisprudence neuchâteloise [RJN] 1990 p. 28 sv.). En particulier, il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (consid. 1b non publié de l'arrêt ATF 126 V 303 , mais dans SVR 2001 BVG 7 p. 28 et les arrêts cités). Ces principes sont applicables par analogie à la récusation d'experts judiciaires (ATF 120 V 364 consid. 3a), ainsi qu'aux cas d'expertises ordonnées par l'administration (cf. VSI 2001 p. 111 consid. 4a/aa; voir aussi Meyer-Blaser, Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung, in Schaffhauser/Schlaubi, Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St-Gall 1997, p. 45 sv.). a) En l'espèce, la communication du 26 juin 2009 a certes été adressée à Me Jean-Pierre OBERSON, associé de Me Daniel VOUILLOZ, conseil du recourant, et non à ce dernier. Toutefois, Me OBERSON et Me VOUILLOZ sont associés et partagent les mêmes locaux. La communication litigieuse a donc été envoyée à la bonne adresse. Par ailleurs, un précédent courrier, daté du 5 juin 2009, avait également été adressée à Me OBERSON, qui l'avait alors transmis à Me VOUILLOZ comme cela ressort d'une correspondance du 30 juin 2009, ce qui laisse supposer que Me OBERSON en aurait fait de même avec la communication litigieuse s'il l'avait reçue. Dans ce contexte, il convient de rappeler que la preuve de la notification et de la date de son accomplissement incombe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; 124 V 400 consid. 2a). Or, à défaut d'accusé de réception signé par Me OBERSON ou un tiers habilité à le faire, la correspondance du 26 juin 2009 ayant été envoyée sous pli simple, on ignore la date, même approximative, de la communication faite à l'intéressé; on ignore même si celle-ci a effectivement eu lieu, étant par ailleurs relevé que le recourant n'a pas fait état de cette communication dans ses observations du 3 mars 2010 et qu'il conteste avoir pris connaissance de ce courrier dans ses écritures du 2 juillet 2010. Dans ces circonstances, la jurisprudence impose de conclure à l'absence de notification plutôt qu'à l'absence de réaction de la part du destinataire de cette dernière (arrêt 9C_411/2008 du 17 septembre 2008, consid. 3.1). Ainsi, le délai pour faire état de motifs de récusation n'a pas commencé à courir avec la notification - irrégulière - de la communication du 26 juin 2009. b) Cela étant, lors de la communication du nom de l'expert, le recourant ne pouvait invoquer que le fait que l'expert ait déjà été amené à examiner son cas. Or, comme cela ressort de la jurisprudence précitée, un expert n'est pas considéré comme prévenu pour la seule raison que, dans une procédure précédente, ses conclusions n'ont pas été dans le sens voulu par l'assuré. C'est d'ailleurs le lieu de rappeler que, contrairement aux allégations du recourant, le Tribunal de céans avait reconnu pleine valeur probante à la précédente expertise du Dr M. _____ (voir arrêt ATAS/1440/2007 du 18 décembre 2007, consid. 7). En outre, le Tribunal de céans avait renvoyé la cause pour instruction complémentaire,

sans autre forme de précisions. L'OAI était ainsi libre de mandater un expert externe, y compris le Dr M_____, pour y procéder. c) Enfin, si comme le soutient le recourant, le Dr M_____ lui avait reproché des actes de dissimulation ou de tricherie, notamment des tentatives de simulation relativement à ses limitations fonctionnelles ou encore une réticence à respecter les médications, reproches qui seraient, selon lui, de nature à mettre en doute son objectivité, il aurait dû s'en plaindre à l'intimé avant la fin de l'expertise et avant l'établissement du rapport daté du 1^{er} septembre 2009. L'occasion lui en a par la suite également été donnée dans le cadre des observations qu'il a été invité à déposer à l'encontre du projet de décision du 28 janvier 2010. Dès lors qu'il a attendu de connaître le résultat de l'expertise, et surtout celui de la décision de l'intimé sur son droit à des prestations, pour faire valoir le manque d'objectivité, le recourant ne peut se prévaloir de bonne foi devant le Tribunal de céans du fait que le Dr M_____ aurait été partial. Le recourant ne se prononce pas sur la valeur probante du rapport d'expertise, toutes ses allégations portant sur l'objectivité et par conséquent l'impartialité de l'expert, et non sa crédibilité. Cela étant, il y a tout de même lieu d'examiner la cette question. En l'espèce, l'expertise précitée se fonde sur un examen de près de deux heures avec le recourant ainsi que sur deux entretiens avec le Dr Q_____. Elle repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale. Elle ne contient aucune incohérence et a été établie en pleine connaissance du dossier médical, des plaintes exprimées par l'assurée et de l'anamnèse. Les considérations médicales sont clairement exprimées et les conclusions du rapport dûment motivées et explicites, des rapports complets étant au surplus joints à l'expertise précitée. Les considérations relatives aux effets des accidents sur l'état de santé du recourant, sur la compliance et la discordance entre les plaintes et l'examen clinique sont neutres et reposent sur des constatations médicales objectives. L'expert explique d'ailleurs en détail les raisons qui l'ont poussé à formuler ces commentaires. Le Tribunal de céans relève également que le Dr P_____ a considéré, à plusieurs reprises, qu'une activité adaptée, sans efforts physiques, était envisageable, ce qui correspond aux conclusions du Dr M_____. Seul le Dr Q_____, généraliste et médecin de famille, a considéré à deux reprises (courriers des 25 et 28 avril 2008) que le recourant était totalement incapable de travailler dans n'importe quelle activité. Or, conformément à la jurisprudence fédérale, il convient d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne, actif notamment dans le traitement des maladies cardio-vasculaires, et P_____, spécialiste FMH en cardiologie, qu'à l'appréciation de la capacité de travail par le Dr Q_____, généraliste et médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Une pleine valeur probante doit donc être reconnue à l'expertise du 1^{er} septembre 2009. Compte tenu des considérations qui précèdent, le Tribunal de céans renonce à administrer d'autres preuves et notamment à ordonner une nouvelle expertise (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème 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). Le recourant disposant d'une pleine capacité de travail dans une activité appropriée, ce qui était déjà le cas en 2007, il y a lieu de renvoyer à l'examen du taux d'invalidité auquel le Tribunal de céans avait déjà procédé dans son arrêt du 18 décembre 2007 (ATAS/1440/2007). C'est donc à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations formulée par le recourant par l'intermédiaire du Dr P_____.

Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours du 11 mai 2010 sera rejeté. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique, il est renoncé à percevoir un émolument de justice. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours du 11 mai 2010 recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à percevoir un émolument de justice. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris Galeazzi-WANGELER La secrétaire-juriste : Nicole WENGER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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