

GE_GERICHTE A/1972/2012 vom 9. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1972_2012

FR: GE_GERICHTE A/1972/2012 du 9 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1972/2012 del 9 ottobre 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur D _____, domicilié à Chêne-Bourg recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Monsieur D _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1959, travaillait chez X _____ SA, en 1979, en contact avec de l'alcool méthylique qui aurait provoqué une intoxication, l'assuré ressentant de la faiblesse, des vertiges, des nausées, des troubles oculaires qui ont impliqué une incapacité de travail du 4 février au 11 mars 1980 et de novembre 1980 à février 1981. L'assuré a ensuite travaillé, de façon temporaire pendant quelques mois, comme réparateur d'appareils ménagers et de bicyclettes chez Y _____ en 1981-1982, aide-jardinier à la commune Z _____ en 1983-1984, mécanicien sur appareils médicaux et moteurs électriques en 1984-1985, monteurs de portes automatiques en 1986-1989 et, depuis mars 1990, mécanicien pour l'entretien à l'école dentaire. L'intoxication de 1979 avait été prise en charge par la SUVA en tant que maladie professionnelle. La SUVA n'a pas retenu de lien de causalité avec les "rechutes" annoncées par l'assuré en octobre 1982 puis en août 1987. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité le 23 octobre 1989. Il a travaillé, en dernier lieu, pour l'entreprise XA _____ SA, en qualité de monteur, du 1^{er} janvier 1986 au 21 mars 1989, avec de nombreuses périodes d'incapacité de travail de janvier à juillet 1988 et il est totalement incapable de travailler selon son médecin-traitant depuis le 21 mars 1989. Selon les rapports d'expertise des Drs L _____, psychiatre, du 31 août 1990 et M _____, spécialiste en médecine interne, du 26 septembre 1990, l'assuré souffre d'une intoxication à des substances toxiques et d'un trouble de la personnalité passive-agressive. Les troubles de la personnalité dont souffrait déjà l'assuré ont été gravement décompensés par les séquelles de son intoxication de septembre 1979 et, compte tenu des difficultés d'adaptation de la personnalité, toute réadaptation professionnelle est illusoire et l'assuré est totalement incapable de travailler pour une durée indéterminée. S'agissant des plaintes, l'assuré souffre d'une très importante fatigue, d'une faiblesse généralisée, d'une diminution globale de sa force musculaire, de douleurs invalidantes, tout effort provoque des transpirations, des vertiges, des palpitations. Du point de vue somatique, l'examen est normal. Du point de vue psychiatrique, l'accident de 1979 a objectivement porté atteinte à l'image narcissique corporelle de l'assuré, provoquant une décompensation massive d'une personnalité fragile à l'équilibre précaire. Par décision du 21 janvier 1991, l'OFFICE DE L'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} octobre 1990. Lors d'une procédure de révision de la rente initiée en novembre 1992, l'OAI a maintenu le droit à une rente entière d'invalidité par communication du 2 février 1993. L'OAI a entrepris la révision de la rente d'invalidité en août 2004. Le Dr N _____, urologue, indique que l'état de santé est resté stationnaire,

s'agissant de troubles cutanés de la verge, n'impliquant pas d'incapacité de travail (rapport du 7 février 2005). Le Dr O _____, généraliste, indique que l'état de santé s'est aggravé, depuis 1979, l'aggravation de l'état général avec sensation d'épuisement, vertiges, impliquant une incapacité de travail totale dans toute activité, du point de vue physique et psychique (rapport du 15 décembre 2005). L'expertise du 31 janvier 2007 du Dr P _____, psychiatre, mandaté par l'OAI ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et, sans répercussion sur cette capacité de travail, des troubles de la personnalité : personnalité passive-agressive (F60.8), présente depuis l'âge de jeune adulte. L'expert estime que le trouble de la personnalité est d'intensité insuffisante pour être à l'origine d'une limitation de l'activité professionnelle, la diminution d'énergie alléguée n'est pas incapacitante, il n'y a pas de trouble cognitif susceptible de limiter la capacité de travail et la rente a été octroyée sur la base d'une expertise insuffisamment motivée, de sorte que l'on peut raisonnablement exiger de la part de l'assuré qu'il fasse un effort pour surmonter les éléments qui le gênent dans ses relations avec autrui. Par projet du 24 avril 2007, l'OAI supprime la rente d'invalidité. L'assuré s'est opposé à ce projet, en raison d'une atteinte coronarienne ayant nécessité une intervention chirurgicale en décembre 2006 (double revascularisation myocardique et valvuloplastie mitrale). Le Dr Q _____, cardiologue, indique que l'état de santé est stabilisé, stationnaire et que l'assuré est totalement incapable de travailler, dans toute activité, en raison d'une diminution modérée de la fonction systolique ventriculaire gauche, d'une discrète insuffisance mitrale, d'un syndrome douloureux chronique, de troubles de la personnalité, d'une hypertension artérielle et d'une obésité (rapport du 13 août 2007). Le Dr R _____, du SMR, estime que l'insuffisance cardiaque est discrète et compatible avec une activité de type sédentaire ou semi-sédentaire, la capacité de travail étant entière, sans baisse de rendement, deux mois après la fin du programme de rééducation cardiovasculaire, fin mai 2007 (avis du 7 septembre 2007). Par décision du 8 décembre 2008, l'OAI supprime la rente d'invalidité de l'assuré, sur la base de l'art. 17 LPGA, au motif que, selon l'expertise psychiatrique, la capacité de travail est totale dans toute activité et que, selon le test d'effort, l'atteinte coronarienne présente depuis fin 2006 permet une reprise du travail dans l'une des activités professionnelles antérieures de l'assuré (service après-vente de machines-outils, monteur-dépanneur dans le domaine des portes automatiques, etc.), le secteur privé offrant par ailleurs un éventail suffisamment large d'activités légères non qualifiées. La décision a été notifiée une deuxième fois, par pli simple et recommandé, le 5 janvier 2009. Par pli daté du 26 janvier 2009, mais reçu par l'OAI le 14 janvier 2009, l'assuré communique son absence pour une période de six mois. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 17 décembre 2009, invoquant une aggravation en 2006 et une nouvelle aggravation en 2009 et produit divers rapports médicaux. Il dépose ensuite une demande d'allocation pour impotent le 26 avril 2010. Selon l'avis médical de la Dresse S _____, du SMR, du 14 juillet 2010, les divers rapports médicaux produits ne montrent pas d'aggravation de l'état de santé, ni du point de vue psychiatrique, ni du point de vue somatique, de sorte que l'assuré n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, il convient de ne pas instruire cette nouvelle demande. Par projet de décision du 10 août 2010, l'OAI refuse l'octroi d'une allocation pour impotent et par projet du 23 août 2010, l'OAI refuse d'entrer en matière sur la demande de prestations et ces deux projets sont confirmés par décisions du 29 septembre 2010, notifié une seconde, par pli simple et recommandé, du 4 octobre 2010. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 29 juillet 2011 et a été invité, le 3 août 2011, à rendre plausible l'aggravation de son état de santé, compte tenu de la dernière

décision du 4 octobre 2010. Lors de son audition le 5 octobre 2011, il a produit le rapport médical du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur du 29 septembre 2011 qui retient un syndrome douloureux chronique, dans le contexte d'un trouble de la personnalité non spécifié, ainsi que d'un état dépressif avec un épisode actuel sévère susceptible de moduler le seuil de la douleur. Il ne bénéficie d'aucun suivi psychiatrique et produit un rapport de la Clinique genevoise de Montana du 12 juillet 2011, dans laquelle il a séjourné du 14 au 30 juin 2011, pour un trouble somatoforme douloureux, en vue d'un reconditionnement général et d'un traitement antalgique. L'assuré est convaincu, à tort, de présenter des épisodes d'infarctus. Il continue à se plaindre de douleurs diffuses cotées entre 8 et 10/10 "sans congruence avec le non-verbal" : l'examen clinique ne révèle rien, l'antalgie est modeste, malgré l'importance des douleurs, il réalise des performances physiques tout à fait enviables et il reste fixé sur l'intoxication au méthanol comme cause de ses douleurs et de son état actuel, qui l'empêcheraient de travailler dans toute activité. Selon l'expertise du Dr T_____ du 13 février 2012, spécialiste en médecine interne, l'assuré présente une cardiopathie ischémique et valvulaire depuis 2006, avec répercussion sur la capacité de travail et, sans répercussion sur cette capacité, un syndrome des apnées obstructives du sommeil, un syndrome métabolique (obésité, dyslipidémie, hypertension), une gastrite chronique, une fibromyalgie, des céphalées et une personnalité passive-agressive. La cardiopathie ischémique détermine les limitations suivantes : port de charges léger, maximum 10 kg de manière occasionnelle, environnement professionnel exempt d'exposition aux vibrations et aux températures extrêmes. L'activité exercée antérieurement dans la petite mécanique, notamment mécanicien sur vélo est exigible à plein temps, la capacité de travail résiduelle est de 100%, sans diminution de rendement, sauf durant trois mois dès le 14 décembre 2006. Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables, en raison de l'absence de motivation de l'assuré. L'expertise contient un résumé précis des pièces médicales du dossier depuis 1980, une anamnèse détaillée. S'agissant des plaintes du patient, il mentionne une asthénie importante, des douleurs diffuses cotées 7/10 le matin au réveil, s'améliorant sous Dafalgan®, concernant les bras, les mains, les poignets, les doigts, les épaules, la nuque, le rachis dorsal et lombaire. Il se plaint aussi de précordialgies pratiquement permanentes. Du point de vue psychologique, le score HAD est de 2 pour l'anxiété et de 6 pour la dépression, soit en-dessous des valeurs seuils pour chaque sous-échelle. Le status clinique complet est décrit, en particulier neurologique, ostéoarticulaire et le dosage de médicaments effectué ne permet pas de détecter les traces de paracétamol. L'expert a sollicité un examen spécialisé du Dr U_____, cardiologue, qui indique le 24 février 2012 que malgré des plaintes très importantes, l'ergométrie objective une tolérance à l'effort, reste abaissée, mais avec un effort développé de 150 W sur le cycloergomètre, de sorte qu'il n'y pas de signe objectif en faveur d'une ischémie myocardique de stress. Procédant à l'appréciation du cas, le Dr T_____ retient une dysfonction ventriculaire gauche modérée avec fraction d'éjection à 35%, la capacité fonctionnelle est ainsi moyenne à basse, autorisant des activités professionnelles de type mécanique légère, le status après valvuloplastie mitrale est satisfaisant, sans insuffisance, ni sténose. Le syndrome des apnées obstructives du sommeil n'est pas décrit comme invalidant, les troubles digestifs sont correctement traités, les troubles de la vision de l'œil gauche sont sans substrat organique. Les examens neurologiques sont normaux, la fatigabilité excessive ne s'explique pas par un taux anormalement élevé de tramadol/céric. La discordance est importante. L'absence de prise d'antalgique en quantité suffisante, l'absence de limitation fonctionnelle, par rapport à

l'importance du handicap annoncé, les plaintes sont clairement amplifiées par rapport aux limitations, tout à fait modestes, sans syndrome lombovertebral significatif. La seule anomalie est constituée par la présence de 18/18 points de fibromyalgie. Reprenant les rapports médicaux produits et l'expertise du Dr T _____, le SMR estime le 31 mai 2012 qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé, l'assuré présentant un état stationnaire avec une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme cela avait déjà été retenu en 2007 et en 2010. Par décision du 7 juin 2012, l'OAI refuse toute prestation, au motif que l'assuré peut exercer toute activité lucrative, de sorte qu'il ne présente pas d'invalidité. Par pli du 28 juin 2012, l'assuré forme recours contre la décision, concernant "la suppression de sa rente AI". D'une part, ses problèmes de santé jusqu'à ce jour justifient une rente AI et, d'autre part, une aggravation de son état de santé est alléguée dès le mois de mai 2012, suite à l'implantation d'un pacemaker défibrillateur pour une maladie coronarienne aggravée. Les examens médicaux récents ont montré une fraction d'éjection au repos de 29% et en effort de 26%, alors que normalement elle doit être de 60%. Le recourant annonce que les Drs Q _____, cardiologue, V _____, pneumologue, W _____, psychiatre et O _____, généraliste, adresseront à la Cour des rapports médicaux. Par pli du 23 juillet 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Par pli du 25 juillet 2012, l'assuré rappelle que l'accident de 1979 chez X _____ a été sous-évalué, qu'il a été exclu de l'armée en raison de son état de santé. Après une première opération pratiquée par le Dr A _____, la seconde opération a impliqué une grave infection. Il critique l'expertise du Dr P _____, car ce dernier n'a pas mentionné la date exacte du décès de ses parents, l'expertise du Dr T _____ en raison de ses propos concernant son casier judiciaire, tout en relevant que c'est un très bon professionnel et un très bon praticien et l'expertise du Dr B _____, cardiologue, qui n'était pas présent lors du test d'effort. Il manque encore le dossier du Dr W _____ qui suivra. L'assuré produit de nombreux rapports médicaux anciens ainsi que divers rapports médicaux faisant suite à l'implantation d'un défibrillateur en prévention primaire, fin mai 2012, suivi d'une hospitalisation à la Clinique de Montana du 11 au 21 juin 2012, pour une physiothérapie de reconditionnement à l'effort, aucun des rapports médicaux ne mentionnant d'incapacité de travail, sauf le certificat du Dr Q _____ qui indique une incapacité totale de travail du 1^{er} au 31 juillet 2012. L'assuré transmet le 27 août 2012 les rapports médicaux suivants: a) un courrier du Dr V _____, pneumologue, au Dr Q _____, qui indique avoir vu l'assuré à sa consultation du 15 août 2012 et confirme un syndrome sévère d'apnée obstructive du sommeil avec un échec de l'utilisation de la CPAP en décembre 2009-mars 2010 et l'utilisation d'un propulseur mandibulaire depuis mars 2010, mal toléré, avec une faible observance et un résultat nul. Subjectivement, le patient est toujours fatigué le matin et accuse une somnolence diurne invalidante. L'examen clinique montre des échanges gazeux médiocres et la polygraphie respiratoire nocturne réalisée confirme un syndrome sévère, qui confirme l'indication à reprendre une pression positive continue. b) le rapport du Dr W _____, psychiatre, qui indique être désagréablement surpris de constater que l'assurance et le Pouvoir judiciaire ne prennent pas avec le sérieux souhaitable une situation médicale telle que celle de l'assuré et se joint à ses confrères somaticiens pour appuyer son recours et pour suggérer que "on remette en question toute expertise psychiatrique préalable". La Cour a interrogé le Dr W _____, afin de savoir s'il diagnostiquait une affection psychiatrique relevant de sa spécialité et le Dr V _____, afin de connaître les motifs objectifs pour lesquels le patient ne supportait ni la CPAP, ni le propulseur mandibulaire. Par pli du 13 septembre 2012, le Dr W _____ confirme que l'assuré ne

présente pas de pathologie psychiatrique primaire, les diagnostics, limitations fonctionnelles relevant des spécialistes somaticiens, les éléments psychiques qui apparaissent étant directement liés à la condition cardiovasculaire du patient, impliquant de l'anxiété, l'assuré ne connaissant aucune restriction relevant de limitations psychiques. Entre-temps, l'OAI a transmis, le 10 septembre 2012, l'avis du SMR du 27 août 2012, selon lequel, depuis l'expertise de février 2012 du Dr T_____, l'assuré a présenté une péjoration de sa fonction cardiaque, avec une fraction d'éjection passant de 35% à 26%. L'intervention réalisée le 29 mai 2012 a été suivie d'une hospitalisation pour un reconditionnement à l'effort, avec une évolution favorable, mais une persistance d'une limitation de l'endurance à l'effort et le maintien d'une fraction d'éjection à 30% ce qui implique une aggravation manifeste de la pathologie cardiaque, de sorte qu'il convient de reprendre l'instruction du dossier et d'interroger les Drs Q_____, cardiologue, C_____, cardiologue aux HUG ainsi que O_____, généraliste. Un délai a été fixé aux parties pour se déterminer sur la proposition du SMR de reprendre l'instruction de la cause et l'OAI a indiqué, le 20 septembre 2012, qu'il n'avait pas d'objection à faire valoir à la suite de la procédure proposée. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. 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). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, sont applicables à la présente cause Le recours, déposé dans la forme et le délai légale, est recevable (art. 56 et 60 LPGA; cf. également l'art. 63 al. 1 let. A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10). Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé dans une mesure justifiant un droit aux prestations de l'assurance-invalidité, après la décision de suppression des prestations du 5 janvier 2009, dès lors que cette dernière est entrée en force, faute de recours. Lorsque qu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201 ; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b; ATF 117 V 200 consid. 4b et les références). Ainsi, 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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Aussi, 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. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 , consid 2b). Quand, au contraire, elle entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF 133 V 108). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié 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). Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a; ATF 109 V 114 consid. 2a et b). Le Tribunal fédéral a confirmé qu'une administration ne saurait limiter son examen à la question de savoir si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit, lorsqu'elle entre en matière sur une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI. En effet, dès lors que l'office AI se saisit du fond d'une nouvelle demande, il doit en instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'était effectivement produite (ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200 ; ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2e éd.,

p. 399), comme s'il se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Ainsi, lorsqu'un assuré qui se trouve proche de l'âge de la retraite présente une nouvelle demande et que l'administration décide d'entrer en matière sur celle-ci, les principes jurisprudentiels concernant ce genre de situations (cf. arrêts 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 in SVR 2009 IV n° 35 p. 98) s'appliquent sans restriction. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). b) 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. 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). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210). En l'espèce, le SMR estime le 27 août 2012 que l'état de santé de l'assuré a indubitablement connu une aggravation après l'expertise du Dr T_____ de février 2012 sur laquelle l'OAI s'est fondée pour refuser toutes prestations à l'assuré et propose de reprendre l'instruction, afin de préciser l'évolution de l'état de santé après l'implantation du

stimulateur cardiaque, car il apparaît que la fonction cardiaque et la fraction d'éjection sont parfois significativement améliorées après la pause d'un pacemaker. Or, il n'est pas déterminé s'il s'agit d'un stimulateur avec ou sans fonction pacemaker. L'assuré ne s'est pas opposé au renvoi de la cause à l'OAI pour procéder à cette instruction complémentaire. Compte tenu des indications claires du psychiatre, qui confirme l'absence de pathologie psychiatrique invalidante, il conviendra que l'OAI interroge, comme suggéré par le SMR, le cardiologue traitant, le cardiologue des HUG, en sollicitant copie de tous les examens complémentaires et le rapport de consilium, le Dr O_____, généraliste, ainsi que, le cas échéant, le Dr V_____. A l'issue de cette instruction complémentaire, l'OAI rendra une nouvelle décision. Le renvoi à l'administration se justifie d'autant plus que, à moins que le dossier produit ne soit pas complet, il semble que la décision du 7 juin 2012 n'ait pas été précédée du préavis prévu par l'art. 57a LAI. Le recours est ainsi partiellement admis, la décision du 7 juin 2012 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction sur le plan médical. Un émoulement de 200 fr. est par ailleurs mis à la charge de l'intimé. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement, annule la décision du 7 juin 2012 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Met un émoulement de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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 Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO 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.