

GE_GERICHTE A/4331/2016 vom 14. August 2017

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4331_2016

FR: GE_GERICHTE A/4331/2016 du 14 août 2017

IT: GE_GERICHTE A/4331/2016 del 14 agosto 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.08.2017 A/4331/2016

A/4331/2016 ATAS/687/2017 du 14.08.2017 (AI) , REJETE En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/4331/2016 ATAS/687/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 14 août 2017 6 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur. A_____, (ci-après : l'assuré), né le _____ 1957, marié, père de six enfants nés en 1985, 1988, 1990, 1992, 1994 et 1996, originaire du Kosovo, est entré en Suisse le 31 mai 1999. Il est titulaire d'une autorisation d'établissement C. 2. L'assuré a exercé au Kosovo une activité d'agriculteur (1995-1998) et de chauffeur de poids lourds (1985-1995). Il a travaillé du 1 er au 31 décembre 2000 pour B_____ SA, du 1 er au 30 septembre 2001 pour C_____ SA, en juillet 2003 pour D_____ Sàrl et comme camionneur pour l'entreprise E_____ en 2006. 3. Le 4 juin 2007, le Dr F_____, FMH pneumologie et médecine interne, a attesté qu'il avait examiné l'assuré le 1 er juin 2007 pour un syndrome d'apnées du sommeil sévère (IAH à 32,1/h) et proposait l'introduction d'un appareil de pression possible continue (LPAP). 4. Le 31 décembre 2008, le Dr F_____ a attesté que le patient s'était adapté à son appareil et que le traitement était optimal. La légère somnolence dont il se plaignait encore était due probablement à l'état dépressif. 5. Le 27 juillet 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant un stress post-traumatique, un état dépressif et des apnées du sommeil. 6. Depuis le 1 er août 2009, l'assuré a bénéficié de prestations de l'Hospice Général. 7. Le 17 août 2009, le Dr F_____ a rempli un rapport médical AI en mentionnant un suivi du 1 er juin 2007 au 19 février 2009 en raison d'un syndrome d'apnées du sommeil. Il présentait une fatigue persistante dans le cadre d'un état dépressif, une difficulté de concentration et des troubles mnésiques et utilisait un CPAP. L'oxymétrie nocturne était normalisée sous traitement. Sa capacité de travail était réduite de 20 % en raison de difficultés de concentration et ralentissement dans l'exécution des travaux depuis le 1 er juin 2007. 8. Le 24 août 2009, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas de formation et qu'il était conducteur de camions au Kosovo. 9. Le 22 octobre 2009, le Dr G_____, médecine interne FMH, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé le diagnostic d'état dépressif depuis au moins 2003 et de syndrome d'apnées du sommeil depuis 2007. Il suivait l'assuré depuis le 21 octobre 2003. Ce dernier consultait le Dr H_____ pour l'état dépressif. 10. Les 8 janvier et 25 février 2010, le Dr H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et une personnalité anxieuse depuis 1999 ainsi

qu'un syndrome d'apnées du sommeil sévère. Le traitement avait débuté le 5 octobre 2004. L'assuré présentait des troubles majeurs de l'investissement, de la concentration et de la mémoire sur état de stress post-traumatique et état dépressif avec difficultés d'adaptation et d'apprentissage, fatigabilité extrême et intolérance multiples, au bruit, à la foule, aux contraintes, baisse du rendement et céphalées tensionnelles démobilisantes. Il présentait une symptomatologie anxieuse sous forme de séquelles post-traumatique : cauchemars récurrents, sursauts, réviviscences, accès d'anxiété paroxystique en rapport à une personnalité évitante. Pas de signe de la lignée psychotique. Troubles du sommeil et de la mémoire. Fatigabilité extrême. La symptomatologie dépressive était majeure avec retrait, aboulie, désinvestissement douloureux de toute activité et souvent également des relations avec ses proches. Il restait mobile psychiquement malgré son vécu traumatique et sa tendance à l'évitement. Il avait de la difficulté et de l'appréhension à s'investir spontanément dans une tâche malgré une excellente volonté, il présentait des troubles mnésiques et de la concentration (état de stress post-traumatique et apnées du sommeil) et une perte des repères. Les handicaps fonctionnels existaient depuis la fin de la guerre au Kosovo en 1999. Il avait subi des violences extrêmes et répétées durant la guerre. L'incapacité de travail était totale depuis janvier 2007. 11. Le 17 mars 2010, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il n'avait jamais été hospitalisé dans un milieu psychiatrique. 12. Le 28 juin 2010, le Dr H _____ a précisé à l'OAI que l'état de stress post-traumatique était consécutif aux événements vécus et aux violences ethnopolitiques au Kosovo en 1999. La récurrence des épisodes dépressifs sévères était d'environ quatre mois et successifs depuis quatre ans et la réponse au traitement modérée. Dans ce contexte comorbide sévère, le patient présentait une fatigue et une fatigabilité majeure, des troubles du sommeil (également dus à son syndrome d'apnées du sommeil), une aboulie, des sentiments de rejet, d'incompétences, d'inutilité, en particulier vis-à-vis de son rôle parental, des difficultés de concentration et de mémoire de travail, des crises d'anxiété et de larmes avec retrait, errance et isolement. Ces conditions étaient totalement incompatibles avec une reprise de travail, a fortiori dans sa profession comme chauffeur poids lourds. Une reprise de travail à temps très partiel était envisageable sous forme de stages probatoires et d'orientation professionnelle. Le pronostic était réservé. 13. Le 29 septembre 2010, le SMR a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. 14. Le 12 octobre 2010, le Dr F _____ a relevé que l'assuré était toujours bien adapté à son appareil CPAP et présentait moins de réveils nocturnes, de céphalées et une amélioration de la qualité du sommeil. La fatigue et le manque d'énergie qui persistaient étaient attribuables à l'état dépressif. 15. Le 2 février 2011, à la demande de l'OAI, le Dr I _____, FMH spécialiste psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise fondée sur un entretien du 7 décembre 2010 avec l'assuré et des examens paracliniques. L'expert a relevé que l'assuré avait exercé comme chauffeur de poids lourds en Serbie jusqu'en 1990, date à laquelle il avait déposé une demande d'asile en Suisse (rapport p. 2), puis qu'il serait arrivé en Suisse en 1999 (rapport. p. 4), enfin qu'il avait fui son pays en 1998 avant de déposer en 1999 une demande de prestations d'invalidité en Suisse (rapport p. 12) et qu'il n'avait pas travaillé depuis plus de vingt ans (rapport. p. 13). Il avait travaillé comme chauffeur un mois en 2006 mais avait été licencié en raison d'un accident. L'expert a constaté une bonne observance du traitement de Cipralex. Il a posé les diagnostics "d'état dépressif majeur de gravité légère PTSD en rémission, mauvaise intégration socioculturelle, difficultés socio-économiques et à trouver un emploi, conflit de couple et autre ?" Il s'agissait plus d'une situation d'acculturation et sociale

que strictement médicale. L'hypothèse d'un trouble somatoforme indifférencié restait ouverte mais non incapacitante; la comorbidité psychiatrique était légère et il n'y avait pas de perte d'intégration sociale; la maladie servait à fournir des solutions concrètes à des problèmes économiques et professionnels. La capacité de travail était entière depuis 2004.

16. Le 7 mars 2011, le Dr J_____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'expertise était convaincante et claire de sorte que la capacité de travail était entière depuis 2004.!

17. Par projet de décision du 21 mars 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'expertise du Dr I_____ du 2 février 2011 et l'avis du SMR du 7 mars 2011.!

18. Par décision du 16 mai 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision.!

19. Le 16 juin 2011, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 16 mai 2011 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. !

Il a relevé que le Dr I_____ était systématiquement mandaté par l'OAI à tel point qu'il en était pratiquement devenu "salarié", que l'expertise avait duré à peine vingt minutes alors que l'assuré ne s'exprimait que difficilement en français, que l'expert mentionnait à tort que des tests psychométriques avaient été réalisés et sollicitait un délai pour communiquer un avis du Dr H_____.

20. Le 20 juillet 2011, le Dr H_____ a rendu un avis médical suite à l'expertise du Dr I_____. L'assuré continuait de subir un envahissement de sa pensée par des scènes de guerre plusieurs fois par jour et des cauchemars qui le réveillaient plusieurs fois par nuit; il se décrivait comme nerveux, irritable et éprouvant des tensions, crampes intestinales, des transpirations, des sentiments de chaud-froid et des paresthésies aux bras et aux mains. Il n'avait pas de capacité à faire face, à se confronter à autrui, à affronter sa vie. Il passait ses journées à errer, en fuite du domicile familial. Cette symptomatologie d'évitement majeur contrastait avec l'homme actif entreprenant et motivé qu'il était avant la guerre. L'assuré n'avait travaillé qu'un seul mois en 2006 depuis son arrivée en Suisse en 1999. Cette prise d'emploi avait été un échec. La récurrence des épisodes dépressifs sévères était toujours réelle. L'assuré était très isolé et évitant et vivait un conflit de couple avec une épouse elle-même victime d'un état de stress post-traumatique. Le couple avait été suivi au centre de thérapie brève des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) durant une année. Il présentait des troubles de la mémoire, de la concentration, une fatigue et une fatigabilité exacerbées par le syndrome d'apnée du sommeil dont l'expertise ne faisait pas suffisamment mentions ainsi que de douleurs diffuses qui constituaient un syndrome douloureux somatoforme persistant invalidant. L'assuré présentait une pathologie psychiatrique importante identifiée en 2004, qui évoluait probablement depuis 1999 de façon négative mais il n'était pas possible de se prononcer sur la période antérieure à 2004. L'incapacité de travail était totale. Il confirmait les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et personnalité anxieuse (évitante).!

21. Le 25 août 2011, l'assuré a relevé que le Dr I_____ n'avait pas mentionné le suivi médical du couple au centre de thérapie brève des HUG et que l'expertise était superficielle. Il sollicitait l'audition des Drs H_____ et F_____ ainsi que l'ordonnance d'une expertise psychiatrique judiciaire.!

22. Le 13 septembre 2011, la Dresse K_____ du SMR a rendu un avis selon lequel malgré les difficultés de langue, un contact de qualité avait pu être établi entre l'assuré et l'expert, au vu de l'anamnèse et du status psychiatrique. Le Dr H_____ n'apportait pas, dans son avis du 20 juillet 2011, des constatations objectives. La symptomatologie permettant de classer l'épisode actuel de sévère et de récurrent n'était pas décrite. L'avis du SMR du 7 mars 2011 pouvait être confirmé.!

23. Le 21 septembre 2011, l'intimé a conclu au rejet

du recours. Le fait qu'un médecin serait chargé régulièrement par l'OAI d'établir des expertises ne permettait pas de conclure à sa partialité. Il n'existait pas de durée de validité générale obligatoire pour un examen psychiatrique. L'expertise du Dr I_____ contenait une anamnèse personnelle, affective, professionnelle et socio-économique complète avec la description de plaintes et les constatations objectives de sorte que l'on pouvait en déduire que l'expert avait pris le temps nécessaire pour entendre le recourant et recueillir les données utiles pour établir son expertise. L'assuré avait été invité à faire savoir à l'expert s'il avait besoin d'un interprète, ce qu'il n'avait pas demandé. Les tests psychologiques n'étaient pas indispensables pour poser des diagnostics. L'anamnèse approfondie et le status psychiatrique détaillé étaient en l'espèce suffisants pour poser des diagnostics. L'avis du Dr H_____ du 20 juillet 2011 n'apportait aucune constatation déterminante pour l'évaluation de l'état de santé de l'assuré. Aucune limitation n'était décrite en relation avec le contexte familial difficile ayant donné lieu au suivi au centre de thérapie brève des HUG. L'expert n'avait donc pas à tenir compte de cet aspect.![endif]>![if> 24. Par ordonnance du 17 novembre 2011, la Cour de céans a mandaté le Docteur L_____, FMH spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour établir une expertise psychiatrique.![endif]>![if> 25. Le 3 juillet 2012, le Dr L_____ a rendu son expertise fondée notamment sur trois entretiens des 7, 15 février et 20 juin 2012.![endif]>![if> L'assuré se plaignait de difficultés respiratoires, d'apnées nocturnes, de tristesse, de fatigue, de douleurs dans la nuque, la région thoracique, la mâchoire, de fourmillements et de sensation de chaleur dans les bras, de réactions de sursaut, de troubles de la mémoire et d'oublis. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger et d'état de stress post-traumatique (EPST) de degré léger. Les symptômes de dépression et d'EPST étaient apparus peu après l'assassinat du neveu de l'assuré, événement qui avait généré ou nettement aggravé le conflit conjugal, lequel avait pérennisé lesdits symptômes. Il s'agissait d'un trouble chronique, apparu en 2001 et très peu évolutif. L'assuré pouvait au mieux exercer une activité dans le domaine de la manutention légère, dans une ambiance de travail peu stressante, les symptômes pouvant affecter le rendement, en particulier la fatigabilité et une baisse des capacités de concentration dans la durée et n'étaient pas compatibles avec une activité de chauffeur de camion. 26. Le 3 août 2012, le Dr J_____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'expertise du Dr L_____ permettait de confirmer l'appréciation du 7 mars 2011, l'atteinte à la santé n'étant ni sévère, ni incapacitante. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle psychique capable d'empêcher une activité lucrative. La capacité de travail était entière depuis 2004.![endif]>![if> 27. Le 6 août 2012, l'OAI s'est référé aux conclusions du SMR.![endif]>![if> 28. Le 31 août 2012, le recourant a observé qu'il ne pouvait plus exercer l'activité de chauffeur de camion de sorte qu'il fallait que l'intimé se détermine sur l'activité précise qu'il pourrait exercer et le revenu qu'il pourrait réaliser compte tenu d'une diminution de rendement et d'un abattement de 25 % en raison de son âge et de son handicap.![endif]>![if> 29. Par arrêt du 8 octobre 2012 (ATAS/1205/2012), la chambre de céans a rejeté le recours en considérant que l'expertise du Dr L_____ était probante ; l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée et son degré d'invalidité était de 26 %. ![endif]>![if> 30. Le 30 octobre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en mentionnant une atteinte cardiaque, du diabète, une dépression et une apnée du sommeil. Il a communiqué : ![endif]>![if> - un rapport du service des urgences des HUG du 23 mai 2013 attestant d'un séjour du 23 mai 2013 de l'assuré en raison d'une fibrillation auriculaire inaugurale, évoluant favorablement ; l'assuré avait bénéficié de la pose d'un stent en mars 2013 par le service de cardiologie invasive ;![endif]>![if> - deux rapports du service de

cardiologie des HUG des 20 mars 2014 et 23 octobre 2014 attestant d'une intervention, respectivement d'une ablation de flutter auriculaire par radiofréquence et d'une ablation par radiofréquence d'une fibrillation auriculaire. ![/endif]>[/if] 31. Le 4 novembre 2014, le docteur M_____, FMH cardiologie, a attesté d'un examen suite à l'ablation de la FA paroxystique qui était un succès. ![/endif]>[/if] 32. Le 29 novembre 2014, le Dr N_____, FMH médecine interne, a attesté d'une angioplastie avec pose d'un stent le 11 mars 2013 en raison d'une maladie coronarienne symptomatique, une fibrillation auriculaire avec ablation par radiofréquence le 18 mars 2014, vaine, et une nouvelle ablation le 22 octobre 2014 avec un maintien en rythme sinusal ; par ailleurs, il présentait une hernie ombilicale symptomatique depuis début 2013. ![/endif]>[/if] 33. Le 1^{er} décembre 2014, le Dr H_____ a attesté d'un suivi depuis le 5 octobre 2004 et d'une péjoration de l'état de santé par la présence d'un état dépressif récurrent actuellement moyen (F 33.1) sur modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0) entraînant une incapacité de travail de 100 %. ![/endif]>[/if] 34. Le 11 décembre 2014, le Dr F_____ a attesté d'un état de santé stationnaire ; la capacité de travail était de 100 % du point de vue pneumologique. ![/endif]>[/if] 35. Le 16 décembre 2014, le Dr N_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé depuis mars 2013 par la survenance d'une cardiopathie ischémique et fibrillation / flutter auriculaire évoluant favorablement et une hernie ombilicale dont une cure était à prévoir au début 2015 ; le patient présentait une dyspnée à l'effort. ![/endif]>[/if] 36. Le 17 décembre 2014, le Dr M_____ a attesté de fibrillation auriculaire paroxystique et maladie coronarienne, avec un risque élevé de récurrence de FA. ![/endif]>[/if] 37. Le 18 février 2015, le Dr H_____ a effectué un bilan de situation au 15 février 2015 qu'il a transmis à l'OAI. Les diagnostics étaient un état dépressif récurrent actuellement moyen (F 33.1) et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0). L'assuré présentait, dans le cadre de l'état de stress post-traumatique, des reviviscences et cauchemars qui l'épuisaient, le rendaient intolérant et très anxieux, de l'anxiété et de l'irritabilité, de l'évitement, une récurrence des épisodes dépressifs sévères, une désinsertion sociale, un SAS entraînant des troubles de la mémoire, de la concentration et de la fatigue, des douleurs du rachis, des articulations, des épaules et des membres supérieurs, des céphalées, des chaud-froid / transpiration, des paresthésies des doigts en rapport avec la tension et l'anxiété. ![/endif]>[/if] L'incapacité de travail était totale et partielle dans le cadre d'un travail protégé. 38. Le 1^{er} mai 2015, la doctresse O_____ du SMR a estimé qu'il convenait de questionner les médecins-traitant de l'assuré (Drs M_____ et N_____). ![/endif]>[/if] 39. Le 18 mai 2015, le Dr M_____ a indiqué que l'évolution était bonne, sans récurrence et qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et une capacité de travail totale depuis janvier « illisible ». Il a communiqué un courrier du 28 janvier 2015 au Dr N_____ selon lequel il n'y avait pas de contre-indication à une chirurgie de la paroi abdominale. ![/endif]>[/if] 40. Le 25 juin 2015, le Dr N_____ a attesté qu'il n'existait aucune atteinte somatique avec répercussion sur la capacité de travail et que l'assuré était en incapacité de travail en raison de problèmes psychiatriques. ![/endif]>[/if] 41. Le 29 juin 2015, le Dr M_____ a attesté d'un état de santé stationnaire et d'une bonne évolution cardiologique. ![/endif]>[/if] 42. Le 4 août 2015, le Dr N_____ a informé par téléphone l'OAI qu'à sa connaissance aucune cure de hernie ombilicale n'avait été effectuée. ![/endif]>[/if] 43. Le 27 octobre 2015, la Dre O_____ a estimé qu'une évaluation psychiatrique était nécessaire afin de déterminer si l'assuré avait présenté une aggravation de son état de santé postérieurement à l'estimation du Dr L_____ du 3 juillet 2012. ![/endif]>[/if] 44. Le 8 août 2016, le Docteur P_____, FMH psychiatrie et

psychologie, et Madame Q _____, psychologue, spécialiste en psychothérapie FSP ont rendu un rapport d'expertise. [endif]>[if> L'assuré se plaignait de fatigue avec baisse de l'humeur de nature fluctuante ainsi que des sensations de brûlure interne et des douleurs peu systématisées à prédominance thoracique. Il mentionnait une irritabilité fluctuante depuis 2004 avec des moments d'anxiété difficiles à gérer et une relation conflictuelle avec son épouse. Il n'y avait pas de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et, sans répercussion, un diagnostic de trouble dépressif léger avec syndrome somatique. L'assuré pourrait faire l'objet de mesure de réadaptation dans une activité simple. Les conclusions de l'expertise ne différaient guère de celle de 2011 et 2012 ; on ne retrouvait en effet aucun argument plausible soutenant une décompensation dépressive majeure ou un état de stress post-traumatique. Bien qu'existante, la pathologie dépressive était d'intensité légère avec des moments d'irritabilité et de baisse de l'humeur que l'assuré lui-même reconnaissait comme fluctuants. Sur le plan du vécu traumatique, une analyse des faits (notamment l'absence de toute atteinte à son intégrité physique ou de témoignage d'atrocités commises) et l'absence de tout élément probant du registre anxieux (flashbacks, réminiscences associées avec le déclenchement des crises d'anxiété, cauchemars répétitifs ayant un contenu en lien avec le trauma subi, impossibilité de se décentrer de ce même vécu) excluaient la présence d'un état de stress post-traumatique. Comme souvent dans ces cas d'espèce la très longue période d'inactivité ou d'activité à minima peu investie (qui précède l'arrivée en Suisse) rendait très difficile d'envisager un retour dans le milieu de l'économie libre. Toutefois et en termes de psychopathologie, il n'y avait pas de contre-indication à une telle démarche. 45. Le 3 octobre 2016, le docteur R _____ et la Dresse J _____ du SMR ont estimé que l'expertise psychiatrique était convaincante et que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans toute activité. [endif]>[if> 46. Par projet de décision du 13 octobre 2016, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. [endif]>[if> 47. Le 5 novembre 2016, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il souffrait de dépression, de problème cardiaque et de diabète, que son traitement était lourd et entraînait une incapacité de travail totale. [endif]>[if> 48. Par décision du 17 novembre 2016, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations d'invalidité ; le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi. [endif]>[if> 49. Le 16 décembre 2016, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 17 novembre 2016, en contestant le rapport du SMR ; il souffrait de troubles psychiques qui n'avaient pas été mentionnés et demandait une nouvelle expertise. [endif]>[if> 50. Le 17 janvier 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le recourant ne mentionnait aucun fait précis étayé susceptible de remettre en cause les conclusions médicales et le calcul du taux d'invalidité, étant relevé que l'expertise du Dr S _____ était probante. [endif]>[if> 51. Le 23 février 2017, le recourant a relevé que le Dr S _____ ne l'avait vu qu'une seule fois alors que son psychiatre le suivait depuis 2004 de sorte qu'une nouvelle expertise devait être effectuée. Il a communiqué un rapport du 20 février 2017 du Dr H _____ s'étonnant des dernières conclusions du rapport d'expertise de l'OAI attribuant à l'assuré une capacité de travail de 100 % ; dans ces circonstances l'assuré demandait une possibilité d'intégration professionnelle. [endif]>[if> 52. Le 9 mars 2017, la chambre de céans a requis de l'OAI qu'il se prononce sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel ; elle s'est référée au rapport du Dr H _____ du 20 février 2017 mentionnant la volonté du recourant de participer à une mesure d'intégration professionnelle, à l'expertise du Prof. P _____ mentionnant la possibilité de mettre en place des mesures de réadaptation et un degré d'invalidité arrêté à 26 % (ATAS/1205/2012

)!endif]>![if> 53. Le 4 avril 2017, l'OAI a observé que le droit à une mesure de réadaptation professionnelle n'était pas ouvert au motif que le recourant ne présentait aucune incapacité de travail durable, ni d'atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI et que d'éventuelles mesures d'ordre professionnel ne seraient ni nécessaires ni de nature à rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain.![endif]>![if> 54. Le 5 mai 2017, l'assuré a observé que son état de santé l'empêchait de travailler, que les médecins de l'AI n'avaient pas eu suffisamment de temps pour établir un diagnostic, contrairement à son médecin traitant, que l'OAI n'avait pas pris connaissance de son dossier médical avant d'établir son rapport, qu'il avait 60 ans, était suivi par un psychiatre, était diabétique, souffrait d'apnées du sommeil et avait subi trois opérations pour le cœur, qu'il ne pouvait exercer une activité physique et que son état psychique l'empêchait d'entretenir des relations stables, équilibrées et paisibles avec les autres.![endif]>![if> 55. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte d'une part sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 16 mai 2011, d'autre part sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel.![endif]>![if> 5. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).![endif]>![if> L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de

l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGa consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de

l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 7. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).!>8. Selon l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1 er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).!> Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète

qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). 9. En l'espèce, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 30 octobre 2014 en invoquant des atteintes somatiques et psychiques ; il estime que l'intimé a mal évalué son état de santé, vu son âge, sa santé psychiatrique, un diabète, de l'apnée du sommeil et trois opérations chirurgicales cardiaques. Il convient de se demander si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'OAI du 16 mai 2011. Du point de vue somatique, la chambre de céans constate que les médecins traitants du recourant ont exclu toute limitation fonctionnelle ; le Dr F_____ a estimé une capacité de travail de 100 % du point de vue pneumologique (avis du Dr F_____ du 11 décembre 2014) ; le Dr M_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle du point de vue cardiaque et que la capacité de travail était totale (avis du Dr M_____ du 18 mai 2015) ; le Dr N_____ a aussi relevé qu'il n'existait aucune atteinte fonctionnelle avec répercussion sur la capacité de travail (avis du Dr N_____ du 25 juin 2015) ; Au demeurant, en l'absence d'atteinte somatique incapacitante, il n'existe pas d'aggravation déterminante de l'état de santé somatique du recourant depuis le 16 mai 2011. Du point de vue psychique, la chambre de céans constate que l'expertise du Prof. P_____ remplit les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle comprend une anamnèse complète, les plaintes du recourant, une description du status, elle se réfère aux pièces médicales du dossier, les diagnostics sont clairs et bien motivés ; enfin elle se réfère à l'expertise du Dr L_____ du 3 juillet 2012 en relevant que les conclusions des deux expertises ne sont guère différentes. Le rapport d'expertise conclut à l'absence de diagnostics psychiatriques incapacitants. Le recourant conteste les conclusions du Prof. P_____ et se prévaut de l'avis du Dr H_____ du 20 février 2017 selon lequel celui-ci s'étonnait d'une reconnaissance d'une capacité de travail de 100 % du recourant et demandait une intégration professionnelle. Outre que cet avis est sommairement motivé, il ne conteste pas véritablement les conclusions du Prof. P_____ quant à la capacité de travail reconnue au recourant, de sorte qu'il n'est pas même de remettre en cause les conclusions de l'expertise. En conséquence, l'aggravation de l'état de santé invoquée par le recourant ne saurait être prise en compte, faute d'évaluation médicale la confirmant, tant du point de vue somatique que psychique. Le taux d'invalidité du recourant, inchangé, est ainsi de 26 %, (ATAS/1205/2012), soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. 10. Se pose encore la question du droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel. L'intimé s'y oppose en estimant que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail durable, ni d'atteinte à sa santé invalidante. À cet égard, le recourant, s'est vu reconnaître un taux d'invalidité de 26 % (ATAS/1205/2012) ; en particulier il a été reconnu qu'il présentait de légères limitations fonctionnelles et que l'ancienne activité de chauffeur de camion n'était plus exigible ; le recourant pourrait, dans cette mesure, avoir droit à une mesure d'ordre professionnelle, par exemple par le biais d'une orientation professionnelle ou d'un réentraînement au travail. Cependant, il apparaît que le recourant n'a pas la velléité d'entreprendre une telle mesure, celui-ci invoquant une incapacité de travail totale en raison de multiples problèmes physiques et psychiques, comme relevé dans son écriture du 5 mai 2017. Par ailleurs, le Dr L_____ a également estimé que de telles mesures seraient vouées à l'échec vu l'absence de motivation du recourant (expertise L_____ p.15). Partant, il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'intimé sur ce point. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au

paiement d'un émoulement de CHF 200.-.![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA
CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le
recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette.![endif]>![if> 3. Met un
émoulement de CHF 200.- à la charge du recourant. ![endif]>![if> 4. 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.![endif]>![if> La greffière
Julia BARRY La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est
notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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