

GE_GERICHTE A/3078/2012 vom 7. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3078_2012

FR: GE_GERICHTE A/3078/2012 du 7 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/3078/2012 del 7 marzo 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 07.03.2013
A/3078/2012

A/3078/2012 ATAS/240/2013 du 07.03.2013 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3078/2012
ATAS/240/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 7 mars
2013 8 ème Chambre En la cause Monsieur C _____, domicilié à Genève, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard recourant contre
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des
Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Monsieur C _____ (ci-après : le recourant)
est né en 1966. Il est marié et père de deux enfants nés en 1992 et 1998. Il exerçait une
activité professionnelle en qualité d'ouvrier agricole et nettoyeur à plein temps jusqu'en
août 2006. Il a précédemment travaillé comme ouvrier à l'emballage, magasinier et aide
agricole au Portugal où se trouvent toujours domiciliés sa femme et ses enfants. Le
recourant a déposé une demande de prestations AI pour adulte auprès de l'Office cantonal
de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 9 janvier 2007. Selon un
courrier du Dr L _____ du 6 décembre 2006, le recourant se trouvait en arrêt maladie
depuis le mois d'août 2006 en raison de douleurs lombaires chroniques. De son côté,
l'assureur perte de gain mandata le Dr M _____, neurochirurgien FMH, afin
d'examiner le recourant. Dans son rapport daté du 16 février 2007, ce médecin retient que le
recourant souffre de lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1 avancées avec instabilité.
Le Dr M _____ considère que l'incapacité de travail est justifiée, sans toutefois
préciser pour quelle durée. Selon lui, la reprise du travail dans l'ancienne activité paraissait
malgré tout peu probable. Il proposait un autre traitement et considérait que, compte tenu du
fait que le recourant ne parlait pas le français et n'avait bénéficié que d'une scolarité
sommaire, les possibilités d'intégration permettant une reprise de travail dans une autre
activité, lui paraissaient inexistantes. Dans un rapport médical du 13 juin 2007, le Dr
N _____, chirurgien FMH, diagnostiqua un syndrome vertébral lombaire sur une
discarthrose L4-L5 et L5-S1, avec pincement discal et petite hernie discale L5-S1
postéro-latérale droite partiellement calcifiée. L'incapacité de travail en qualité d'ouvrier
agricole était complète dès le 21 août 2006. La demande de rente d'invalidité avait été
formée en raison de la persistance de la symptomatologie ainsi que de l'échec des divers
traitements. Selon le Dr N _____, le recourant pouvait exercer une activité ne
demandant pas d'efforts musculaires ni de stations debout prolongées, ceci à 50%. Il ressort
du questionnaire complété par l'employeur le 15 août 2007 qu'avant l'atteinte à la santé, le
recourant exerçait la profession d'ouvrier agricole selon un horaire de 49 heures de travail
par semaine réparties sur 5 jours et demi pour un salaire de 3'310 fr. par mois payé 12 fois
l'an, en 2006, lequel aurait été porté à 3'500 fr. par mois au mois de juillet 2007. Le dernier
jour de travail effectif était le 21 août 2006, après quoi le recourant s'était trouvé en arrêt

maladie avant que le contrat ne prenne fin le 30 avril 2007. Sur demande de l'OAI, le Dr O _____, rhumatologue FMH, médecine interne et médecine du sport, rédigea un avis sur expertise médicale le 2 octobre 2007 suite à une consultation de la veille. Le Dr O _____ posait le diagnostic de lombo-pseudo-sciatalgies droites chroniques et de troubles disco-dégénératifs sévères du rachis lombaire. La capacité de travail du recourant dans son ancienne activité d'ouvrier agricole était nulle depuis le 21 août 2006. En revanche, le Dr O _____ considérait que dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charge au-delà de 5kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout, la capacité de travail était de 70%, ceci en tenant compte d'une diminution de rendement en raison d'une situation chronifiée chez un assuré non qualifié et au français rudimentaire. Il n'y avait, toutefois, pas de restriction rhumatologique à des mesures professionnelles. Par projet de décision du 11 février 2008, l'OAI rejeta la demande du recourant, considérant qu'au terme de l'instruction médicale, le degré d'invalidité était de 11% seulement, ce qui ne donnait pas le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel. Dans le cadre de ce calcul, il avait été tenu compte d'un revenu sans invalidité de 42'000 fr. et d'un revenu d'invalidité de 37'294 fr. Ce dernier était calculé sur la base des statistiques ESS 2006 sur la base de la moyenne de l'ensemble des domaines d'activité, selon un temps de travail raisonnablement exigible de 70%, avec un abattement sur les données statistiques de 10%. Le recourant forma opposition le 5 mars 2007 faisant notamment parvenir à l'OAI un avis médical du Dr P _____, médecin adjoint des HUG au Service de rhumatologie, daté du 11 février 2008. Il y est notamment fait état d'un possible état dépressif ainsi que d'une consommation excessive d'alcool. Le 31 mars 2008, le Dr N _____, répondant à l'OAI, considéra qu'il n'y avait pas d'interférences entre l'éthylisme du recourant et la symptomatologie qu'il présentait. L'existence d'un état dépressif n'a pas été investigué plus avant. Par décision du 28 avril 2008, l'OAI confirma le refus de la demande. Par acte du 28 mai 2008, le recourant contesta la décision du 28 avril 2008 auprès de l'ancien Tribunal cantonal des assurances sociales. Le 12 novembre 2008, le recours fut toutefois déclaré irrecevable par le Tribunal cantonal des assurances sociales faute d'une motivation suffisante. Le 22 mai 2008, le recourant adressa à l'OAI une nouvelle demande de prestations AI pour adulte en raison d'une hernie dorsale. Dans un avis du 23 juin 2009, le Dr Q _____, médecin interne du département de psychiatrie des HUG, diagnostiqua un état dépressif sévère sans symptôme psychotique. Le recourant avait été pris en charge au Centre de thérapies brèves de la Servette du 27 mars au 17 mai 2009 et bénéficiait depuis lors d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré. L'évolution clinique n'était pas satisfaisante et il n'était pas possible de poser un pronostic. Par pli du 17 août 2009, le recourant fit parvenir à l'OAI différents documents médicaux : Un certificat médical du Dr Q _____ du 12 août 2009 aux termes duquel l'état psychique du recourant justifie un arrêt de travail complet depuis le 26 mars 2009 et pour une durée indéterminée. Un certificat médical du Dr P _____ du 23 mai 2008 attestant d'une incapacité de travail de 50%, y compris dans un travail adapté, ceci en raison d'une importante phase de mise en route matinale. Un rapport de scanner de la colonne lombaire du 16 octobre 2006 du Service de radiologie et médecine nucléaire de l'Hôpital de la Tour mettant en évidence une hernie partiellement calcifiée, une protrusion discale modérée, une importante ostéophytose et un rétrécissement du canal de conjugaison. Dans un avis médical du 8 septembre 2009 signé par le Dr R _____, le Service médical régional de l'assurance invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR) considéra que l'attestation du Dr Q _____ s'agissant

d'un état dépressif sévère et ayant nécessité une prise en charge du Centre de thérapies brèves pendant presque deux mois rendait une aggravation de l'état de santé plausible, de sorte qu'il était proposé de procéder à l'instruction médicale. Dans ce cadre, l'OAI s'est procuré un résumé d'intervention du Centre de thérapies brèves du 26 mai 2009 confirmant l'admission du recourant du 27 mars au 17 mai 2009 et posant les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique et de troubles mentaux et du comportement sur alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent. Dans un rapport médical intermédiaire du 2 novembre 2009, le Dr N _____ indiqua que l'état du recourant s'était aggravé par un état dépressif sévère sans symptôme psychotique, mais ne fit pas mention d'une aggravation sur le plan somatique, la symptomatologie sur ce plan ayant peu évolué. Il ressort de différents rapports et documents émanant de la Commission paritaire des métiers du bâtiment – Second œuvre, datant du mois d'octobre 2012, que le recourant a été découvert le 8 octobre 2009 dans l'après-midi sur un chantier à la rue de la Ferme à Genève sans être déclaré. Selon les photographies jointes à ce dossier, lesquelles sont peu exploitables, le recourant aurait alors été occupé, en haut d'une échelle, à poser des plaques de faux plafond. Dans un rapport médical du 11 janvier 2010, la Dresse S _____, médecin interne, posa les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent. L'incapacité de travail était complète depuis le mois d'août 2006 en raison de difficultés d'attention, de concentration et d'assimilation. Le pronostic était réservé vu la faible réponse aux traitements médicamenteux tant s'agissant des troubles de l'humeur que s'agissant des troubles somatiques. Une activité occupationnelle, valorisante et stimulante pouvait être envisagée. L'OAI mandata le Dr T _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin de procéder à une expertise. Ladite expertise a eu lieu après que le recourant fut sommé de prendre contact avec le Dr T _____, suite à son absence au premier rendez-vous fixé. Finalement, le recourant fut examiné le 21 janvier 2011 et le rapport d'expertise rédigé le 11 février 2011. Selon ledit rapport, lequel est détaillé, comprend l'analyse du dossier, l'anamnèse, tient compte des plaintes du recourant et comporte des explications convaincantes, le recourant ne souffre d'aucun diagnostic au plan psychiatrique qui aurait une répercussion sur la capacité de travail. L'expert retient toutefois les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : dysthymie, dépression anxieuse, depuis 2008, ainsi que troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue, existante depuis plusieurs années. Le Dr T _____ indique notamment constater une incohérence entre la description clinique du status de recourant à la sortie du Centre de thérapies brèves le 17 mai 2009 (thymie joyeuse, absence d'idées suicidaires, sommeil normalisé, etc...) et l'avis de la Dresse Q _____ du 23 juin 2009 ne décrivant qu'une discrète amélioration de l'élan vital et un état dépressif modéré. Le Dr T _____ fait par ailleurs état d'un voyage au Portugal en août 2009 dont le recourant dit avoir bien profité. Le Dr T _____ considère ainsi que son état est plus compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif. Selon l'expert, la capacité de travail est complète au plan psychiatrique sans diminution de rendement, ceci dès le mois d'août 2009 au plus tard. Dans son avis médical du 22 mars 2011, le SMR se fonda sur l'expertise du Dr T _____ et considéra que le recourant conservait une capacité de travail entière sur le plan psychique, ceci depuis toujours. Le SMR considéra également qu'en l'absence d'aggravation de l'état de santé sur le plan somatique, le contenu de ses précédents avis devaient être validés, à savoir que le recourant avait perdu toute capacité de

travail dans son ancienne activité même s'il était possible qu'il puisse l'exercer de manière irrégulière, mais qu'il conservait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Par projet de décision du 7 avril 2011, l'OAI se proposait de rejeter la demande du recourant, considérant que ce dernier conservait un taux d'invalidité de 11% insuffisant à l'octroi de prestations. Le recourant forma opposition le 20 mai 2011. Le recourant contestait le contenu de l'expertise du Dr T_____, se référant aux avis des Drs N_____ et S_____. Il considérait notamment qu'il était erroné de prétendre que son état de santé ne s'était pas aggravé. Le recourant sollicitait qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée afin d'évaluer ses limitations fonctionnelles, tant sur le plan physique que psychique. Il concluait également à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, notamment des mesures d'ordre professionnel. L'OAI mandata les Drs O_____ et U_____, spécialistes FMH en rhumatologie et médecine interne, respectivement en psychiatrie et psychothérapie, afin d'effectuer une expertise bidisciplinaire. Ces médecins rédigèrent leur rapport le 9 janvier 2012 après un examen en date du 29 novembre 2011. Il s'agit d'un rapport complet et détaillé comportant notamment une anamnèse, la description du status du recourant, une appréciation et tenant compte des plaintes du recourant. Selon les experts, le recourant souffrait, avec répercussion sur la capacité de travail, d'un status après notions de dépression, actuellement en rémission avec un tableau tout au plus d'une dysthymie, ainsi que de lombo-pseudo-sciatalgies chroniques, et de troubles disco-dégénératifs sévères du rachis lombaire. Le recourant souffrait également, mais sans répercussion sur la capacité de travail, de difficultés d'ordre psycho-social avec dislocation de la famille par séparation et divorce. Sur le plan psychiatrique, après avoir pris contact avec le psychiatre traitant et pris position au sujet des différents éléments médicaux déjà au dossier, les experts considèrent que le recourant n'est pas un malade psychiatrique, ses symptômes psychiques reflétant une souffrance secondaire à son inactivité professionnelle et à sa situation psychosociale. Sur le plan somatique, les experts, après avoir tenu compte de l'ensemble des éléments médicaux au dossier et s'être déterminés sur leur contenu, considèrent que les conclusions formulées dans l'expertise du Dr O_____ de 2007 restent d'actualité, à savoir que la capacité de travail est nulle comme ouvrier agricole mais reste de 70% dans une activité adaptée, ceci en tenant compte de la diminution de rendement liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et à la possibilité de prendre des pauses supplémentaires. Par décision du 20 août 2012, l'OAI rejeta la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, se fondant sur un degré d'invalidité restant fixé à 11%. Le recourant contesta cette décision par acte adressé à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice par pli postal du 10 octobre 2012. Il concluait préalablement à ce que son audition soit ordonnée et principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 20 août 2012 avec suite de frais et dépens et à ce qu'il soit dit qu'il a droit aux prestations de l'assurance-invalidité vu l'aggravation de son état de santé. Il contestait notamment le rapport d'expertise des Drs O_____ et U_____ du 9 janvier 2012, considérant sans autre précision ou explication que ce rapport manquait de cohérence. Cette expertise ne convergeait par ailleurs pas avec l'avis des médecins traitants. Invité à communiquer le récépissé postal ou une preuve de la date de réception de la décision du 20 août 2012, l'OAI répondit le 6 novembre 2012 que la décision avait été adressée par pli simple et non pas en recommandé, de sorte qu'il n'y avait pas de récépissé postal. Le même jour, l'OAI fit parvenir sa réponse au recours. L'OAI concluait à son rejet et à la confirmation de la décision entreprise. L'OAI rappelait la jurisprudence liée à la prise en compte des avis

médicaux. Il considérait que l'expertise des Drs O _____ et U _____ du 9 janvier 2012 se fondait sur une étude circonstanciée et des examens complets, prenait en considération les plaintes exprimées de la personne examinée et avait été établie en pleine connaissance de cause. De même, la description du contexte médical et d'appréciation de la situation était claire et les conclusions dûment motivées, de sorte que cette expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, au contraire de l'avis des médecins-traitants qui avait été pris en considération par les experts. Par courrier du 19 novembre 2012, le conseil du recourant transmet à la Chambre des assurances sociales un certificat médical du Dr V _____, médecin interne à la Consultation psychiatrique des Pâquis des HUG, daté du 19 octobre 2012. Ce médecin indiquait que le recourant était suivi en consultation depuis le mois de mars 2009 en raison de l'apparition d'un état dépressif à la suite d'un arrêt maladie et d'un premier refus de l'assurance-invalidité. Le Dr V _____ suivait personnellement le recourant depuis le 1^{er} décembre 2011. Le recourant souffrait d'un état dépressif d'intensité fluctuante entre modérée et sévère. L'évolution depuis une année était de mauvais pronostic en raison d'une chronicisation importante des troubles, voire même une péjoration, ceci malgré un traitement psychotrope important. Son traitement associait un neuroleptique, un anxiolytique et un antidépresseur à posologie maximale. Le nouveau refus de prestations de l'assurance-invalidité avait exacerbé les idées suicidaires du recourant et augmenté le risque de passage à l'acte. Le 17 décembre 2012, l'OAI, se fondant sur un avis du SMR, signé de la Dresse W _____ et daté du 13 décembre 2012, persista dans ses conclusions. Le SMR, et à sa suite l'OAI, relevaient que l'avis du Dr V _____ était une appréciation différente, favorable au recourant mais qu'il n'y avait pas d'aggravation objective ou de nouvelle atteinte. Il était rappelé qu'une expertise bi-disciplinaire avait été réalisée et avait retenu un état dépressif en rémission sans influence sur la capacité de travail. Les parties furent entendues en comparution personnelle le 17 janvier 2013. Le recourant expliqua que par le passé il travaillait à la campagne mais ne pouvait plus le faire en raison de problèmes de dos et de problèmes psychiques. Il expliquait que si l'AI lui trouvait un travail il pourrait l'exercer. Il n'arrivait pas à rechercher un tel travail sans aide, mais n'avait fait aucune démarche dans ce sens. Il expliqua être seul et aidé par l'Hospice général. S'agissant de sa présence sur un chantier sis à la rue F _____ en octobre 2009, il expliqua qu'il était présent sur le chantier lorsque des inspecteurs étaient arrivés et avaient pris des photographies. En revanche, il ne travaillait pas et ce n'était pas lui qui se trouvait en haut d'une échelle sur l'une des photographies. Son conseil expliqua que l'état de santé du recourant s'aggravait constamment, ce que l'avis du Dr V _____ du 19 octobre 2012 démontrait. Le recourant ne serait plus capable de travailler du tout et estimait qu'il n'avait pas été tenu compte de son état psychique dans le cadre de la première demande. Le recourant indiqua que sa médication avait été doublée en janvier 2011, mais qu'il ne prenait que les médicaments nécessaires et qu'il devait prochainement faire un séjour à la Clinique de Belle-Idée. Il estima que son état était stable depuis deux ans en arrière. Le conseil du recourant précisa ses conclusions en ce sens qu'il sollicitait une expertise psychiatrique complémentaire, ainsi que des mesures de réadaptation. Il expliquait que le recourant contestait les expertises des deux psychiatres mandatés par l'AI, soit les Drs T _____ et U _____. Il estimait que les constatations de ces médecins n'étaient pas identiques aux constatations de ses médecins traitants et qu'il n'avait pas été tenu compte de ses limitations fonctionnelles psychiatriques. Il se référait à nouveau à l'avis du Dr V _____ du 19 octobre 2012. La représentante de l'OAI indiqua que ledit office

persistait dans ses conclusions et sollicita l'apport des photographies originales du chantier sis rue F_____, celles figurant au dossier étant difficilement exploitables. Elle rappela que le SMR s'était prononcé sur l'avis du Dr V_____ du 19 octobre 2012 et que la détermination du degré d'invalidité avait eu lieu le 11 février 2008. Un tel taux d'invalidité avait été validé de manière définitive et il s'avérait qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis lors, de sorte que la question n'avait pas été réexaminée sous l'angle de l'activité adaptée susceptible d'entrer en considération dans le cadre de la deuxième demande. A l'issue de l'audience, la cause fut gardée à juger. 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 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C_621/2007 ; consid. 4.2). En l'espèce, l'OAI indique n'avoir pas expédié la décision du 20 août 2012 par pli recommandé et ne pas pouvoir justifier de la date de sa notification. Quant au recourant, il allègue, sans être contredit, avoir reçu ladite décision le 13 septembre 2012. Ainsi, le recours adressé au greffe de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice par pli du 12 octobre 2012 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, dans le cadre d'une deuxième demande de prestations motivée par une aggravation de l'état de santé, principalement sur le plan psychique. En particulier, le point litigieux concerne l'appréciation par les différents médecins de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, étant rappelé que la pleine incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle d'ouvrier agricole n'est pas remise en cause. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA [RS 830.1]) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par un assureur-accidents conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'assureur-accidents. (ATF 125 V 351 , consid. 3c) Quant au médecin traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 , consid. 3b/cc et les références). En l'espèce, dans le cadre d'une première demande de prestations AI, le recourant s'est vu reconnaître un taux d'invalidité de 11%, ceci selon une décision datée du 28 avril 2008 et entrée en force. Ce degré d'invalidité était fondé sur une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. La capacité de travail ainsi évaluée, en particulier dans l'expertise rhumatologique du Dr O _____, était fondée uniquement sur l'état de santé somatique du recourant. En revanche, il n'était pas tenu compte d'aspects psychiques. Suite au dépôt d'une deuxième demande, il fut considéré par le SMR (avis du 8 septembre 2009 du Dr R _____) que l'aggravation de l'état de santé était plausible sur le plan psychiatrique. Ce faisant, l'OAI a instruit le dossier de manière complète, se procurant un résumé d'intervention du Centre de thérapies brèves du 26 mai 2009 et mettant sur pied tout d'abord une expertise psychiatrique et psychothérapeutique confiée au Dr T _____, puis une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique, psychothérapeutique et rhumatologique, laquelle fut confiée aux Drs O _____ et U _____. Les avis de ces différents experts sont convergents. Au plan psychiatrique, la capacité de travail est complète. Sur le plan somatique, les experts retiennent que les conclusions formulées en 2007 restent d'actualité, à savoir que si la capacité de travail est effectivement nulle comme ouvrier agricole, elle reste de 70% dans une activité adaptée. Il sera relevé à ce stade que les expertises des Drs T _____, O _____ et U _____ remplissent toutes les conditions permettant de leur accorder une pleine valeur probante. En particulier, il s'agit d'expertises détaillées comportant des explications et discussions convaincantes. Certes, les Drs N _____ et S _____ ne partagent pas l'avis des experts. Cela étant, le Dr N _____ n'est pas un psychiatre mais un chirurgien. Ainsi, l'on ne saurait accorder à son avis une valeur probante plus importante qu'à celui des experts lorsqu'il indique que l'aggravation de l'état de santé intervient en raison d'un état dépressif. Pour le surplus, ce médecin relève que la symptomatologie somatique a peu évolué, ce qui confirme l'avis de l'expertise sur le plan somatique. Quant à l'avis du Dr S _____ du 11 janvier 2010, la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice relève qu'une recherche sur le site internet de la FMH (www.doctorfmh.ch) permet de confirmer que ce médecin n'est pas spécialiste en psychiatrie. De surcroît, ce médecin semble être le médecin traitant du recourant. Pour chacun de ces deux motifs, il est également exclu d'accorder à l'avis du Dr S _____ une valeur probante plus importante qu'à celui des experts. Le recourant fait encore valoir l'avis du Dr V _____ du 19 octobre 2012. Ce médecin se prononce en faveur d'une capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique. Il ne fait pas état, contrairement à ce que prétend le recourant, d'une aggravation, puisqu'il mentionne un état incompatible avec une activité professionnelle quelle qu'elle soit, en raison de l'intensité de l'état dépressif et de sa chronicisation depuis 2009. La seule aggravation dont il est fait état est consécutive au refus des prestations de l'assurance invalidité. Ladite aggravation ne saurait ainsi être prise en compte et se trouve, de surcroît, en contradiction avec l'affirmation du recourant lors de

l'audience de comparution personnelle des parties du 17 janvier 2013, selon laquelle ce dernier estime que son état est stable depuis deux ans. Au demeurant, il s'agit d'une appréciation différente émanant d'un médecin traitant qui, selon la consultation du site internet de la FMH, n'est pas non plus spécialiste même s'il exerce au Service de psychiatrie des HUG. En définitive, rien ne permet de s'écarter de l'avis des experts mandatés par l'AI, soit les Drs T_____, O_____ et U_____. Or, aux termes de ces avis, la capacité de travail ne s'est pas modifiée depuis la décision en force de l'Office AI du 28 avril 2008. Dans ces circonstances, c'est à bon droit que l'Office AI a confirmé le taux d'invalidité de 11% ne donnant pas droit aux prestations, sans qu'il soit nécessaire de procéder à un nouveau calcul de ce taux d'invalidité. Compte tenu de ce qui précède, il ne s'avère pas nécessaire d'élucider la question de l'éventuelle activité du recourant sur un chantier à la rue F_____ en octobre 2009. Ainsi, l'apport de photographies concernant ce chantier n'est pas nécessaire à la solution dans cette affaire, raison pour laquelle il n'y a pas été donné suite, ceci par appréciation anticipée des preuves. Le recours sera ainsi rejeté. Un émolument de 200 fr. est mis à charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 Florence SCHMUTZ Juge suppléant Thierry STICHER 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.