

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1569/2018

ATAS/914/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 octobre 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mattia DEBERTI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1968, marié et père d'un enfant, est arrivé en Suisse en 1982 et y a achevé sa scolarité obligatoire. Entré directement dans la vie active en 1984, il a exercé divers emplois salariés successifs, d'abord dans le bâtiment puis comme aide tôlier, mécanicien-serrurier, stagiaire dans un atelier de production de ressorts, ouvrier de voirie et enfin, tôlier/serrurier en ventilation auprès de l'entreprise B_____ SA du 19 avril 2010 au 31 juillet 2011. Il s'est inscrit à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur le 8 août 2011.
2. Le 19 décembre 2011, l'assuré s'est adressé une première fois à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une perte auditive globale de 32 %.
3. Par communication du 28 février 2012, l'OAI a pris en charge un forfait de CHF 1'650.- pour un appareillage acoustique binaural.
4. Le 30 mai 2012, l'assuré a formé une demande de prestations auprès de l'OAI en vue de l'octroi d'une rente d'invalidité. Dans la rubrique intitulée « précisions sur le genre d'atteinte à la santé » du formulaire de demande, il a précisé qu'il souffrait de surdité bilatérale, d'illettrisme et d'une chute accidentelle sur l'épaule gauche survenue le 25 février 2012, dont les suites avaient été prises en charge par la SUVA, assureur-accidents couvrant les bénéficiaires de prestations de la Caisse cantonale genevoise de chômage.
5. Dans un rapport du 21 mars 2012 adressé à la SUVA, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué des lésions tendineuses de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. L'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 25 février 2012.
6. Le 12 avril 2012, l'assuré a subi une intervention chirurgicale à l'épaule gauche.
7. Dans un rapport du 7 juin 2012 à l'OAI, le docteur D_____, médecin généraliste, a indiqué que la rupture de la coiffe des rotateurs, la surdité bilatérale et l'illettrisme étaient la cause de l'incapacité de travail de l'assuré. L'évolution de la lésion de l'épaule était favorable mais motivait encore un arrêt de travail à 100 %. L'illettrisme était probablement dû à la surdité, dès lors que l'assuré avait suivi, à l'âge adulte, des stages d'apprentissage de la lecture – dont certains proposés par l'OCE – qui s'étaient soldés par un échec. Sur le plan de la capacité de travail, un travail intellectuel n'entrait pas en considération dès lors que l'illettrisme était vraisemblablement définitif. Quant aux métiers antérieurs manuels (chantiers, usines), leur exercice était actuellement impossible en raison de la lésion accidentelle de l'épaule gauche.
8. Le 19 juin 2012, l'entreprise B_____ SA a fait savoir à l'OAI que pendant la durée de leur collaboration, l'assuré n'avait jamais connu d'incapacité de travail pour raisons de santé.

9. Dans un rapport du 20 septembre 2012, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a mentionné à l'attention de l'OAI que l'incapacité de travail de l'assuré avait été entière du 27 mars (recte : février) au 30 août 2012. Depuis le 1^{er} septembre 2012, celui-ci disposait d'une capacité de travail entière à condition d'éviter le port de charges lourdes et des travaux de force.
10. Le 16 octobre 2012, l'OAI a reçu de l'OCE le dossier d'assurance-chômage de l'assuré. Celui-ci comportait en particulier les documents suivants :
- un préavis du 7 octobre 2011 du docteur F_____, médecin-conseil de l'OCE, indiquant que l'assuré présentait, depuis août 2011, une incapacité de travail d'exercer son activité habituelle de manœuvre dans le secteur de la métallurgie du bâtiment (systèmes de ventilation). Compte tenu d'une pathologie dorsale, il était nécessaire qu'il puisse bénéficier d'une activité sans port de charges lourdes et permettant d'alterner les positions (pas de station assise prolongée), par exemple dans le nettoyage. Dans une telle activité, sa capacité de travail était entière ;
 - un certificat du 13 septembre 2012 du Dr D_____, rédigé à la demande de l'assuré, indiquant que celui-ci souffrait de cervico-dorso-lombalgies chroniques avec accès aigus favorisés par une astreinte mécanique occasionnée lors de travaux de force (port de charges, positionnement non-ergonomique prolongé). De plus, suite à un accident en février 2012 ayant nécessité une chirurgie, il souffrait de l'épaule droite. La rééducation avait été favorable avec accord de reprise professionnelle par le médecin du sport l'ayant vu à la fin août 2012 ; il restait néanmoins une limitation en ce qui concernait les travaux de force. Enfin, l'assuré présentait une douleur du genou persistante après une ménisectomie. En plus de ces problématiques mécaniques, l'assuré avait une surdité bilatérale de longue date, ayant nécessité un appareillage pris en charge par l'assurance-invalidité.
11. Par projet de décision du 16 novembre 2012, confirmé par décision du 11 janvier 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris que son incapacité de travail n'avait duré que du 27 février au 2 septembre 2012 et ne constituait donc pas une incapacité de travail de longue durée (une année). Non contestée, cette décision est devenue définitive.
12. Par courrier du 23 août 2016, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapeute, a fait savoir à l'OAI que l'assuré n'arrivait pas à apprendre à lire et à écrire. De ce fait, il n'avait pas réussi à passer son permis de conduire. Chaque fois qu'il postulait à un emploi, on lui reprochait de ne savoir ni lire, ni écrire, ni conduire. En dehors de ces trois handicaps, il « ressentait » une bonne capacité de travail. En conséquence, la Dresse G_____ a demandé si l'AI pouvait aider l'assuré à s'intégrer. Depuis 2010 (recte : 2011), il n'avait pas réussi à retrouver un emploi malgré le soutien de l'OCE et de la commune de Meyrin. Il déprimait.

13. Le 7 septembre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en vue de l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente. Son atteinte à la santé était due à une « infirmité congénitale » qui l'empêchait d'apprendre à lire et à écrire. Il était suivi depuis le 3 août 2016 par la Dresse G_____ en raison d'une dépression.
14. Le 12 septembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il lui appartenait, en cas de nouvelle demande de prestations, d'établir de manière plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.
15. Dans un rapport du 19 octobre 2016 à l'OAI, la Dresse G_____ a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail :
 - F 81.0 : trouble du développement de la lecture et de l'écriture ;
 - F 10 : troubles liés à l'utilisation de l'alcool (mais il arrivait à s'en passer pendant plusieurs jours) ;
 - F 32 : dépression réactionnelle au fait de ne pas trouver du travail, d'où une situation de conflit conjugal.

Nonobstant ce qui précédait, l'assuré disposait actuellement d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son illettrisme et à son absence de permis de conduire – qu'il n'avait pas réussi à passer malgré de nombreux cours intensifs. Il convenait en outre d'éviter les activités exécutées uniquement en position debout ou uniquement en position assise, qui s'exerçaient principalement en marchant ou nécessitaient le port de charges lourdes. Pour le reste, les capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées par le fait de ne savoir ni lire ni écrire, de sorte qu'il prenait plus de temps « pour comprendre dans certaines situations, éventuellement ». Enfin, l'aptitude à se déplacer était limitée par l'absence de permis de conduire.

16. Le 20 octobre 2016, l'OCE a transmis à l'OAI divers documents dont :
 - un certificat du 1^{er} mars 2016 du Dr D_____, attestant que l'assuré présentait des troubles de la santé au niveau de son rachis dorso-lombaire qui l'empêchaient de pratiquer une activité professionnelle physique et de porter de manière répétée des charges de plus de 20 kg ;
 - trois certificats du Dr H_____, rhumatologue, datés respectivement des 8 septembre, 1^{er} octobre et 28 octobre 2015, attestant d'une incapacité de travail totale du 8 septembre 2015 au 28 octobre 2015 et d'un retour à une capacité de travail pleine et entière le 29 octobre 2015 ;
17. Dans un rapport du 30 janvier 2017 à l'OAI, le Dr D_____ a retenu les diagnostics suivants avec effets sur la capacité de travail :
 - illettrisme persistant ;
 - lombalgies ;

- status post épicondylite ;
- status post réinsertion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ;
- gonarthrose débutante.

Il a précisé qu'il n'y avait « pas de réelle limitation professionnelle », hormis une difficulté à trouver du travail. Interrogé sur l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée, le Dr D_____ a prié l'OAI de s'adresser au rhumatologue de l'assuré, puisque ce praticien avait remis des arrêts de travail à l'assuré en octobre 2016 (recte : octobre 2015), alors que celui-ci exerçait l'activité « d'homme de terrain à la mairie de Meyrin ». Dans cette activité, les restrictions consistaient en lombalgies occasionnelles avec limitation de port de charges épisodique. Actuellement, celles-ci ne se manifestaient pas au travail puisque l'assuré était sans emploi. Une correction de l'illettrisme avait déjà été tentée, mais s'était soldée par un échec. Désormais, l'idée était d'offrir à l'assuré une formation ne requérant pas d'aptitude à la lecture et/ou à l'écriture, ou alors une place de travail en atelier protégé. Invité à indiquer quels travaux pouvaient encore être exigés de l'assuré, le Dr D_____ a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, le fait de ne pas pouvoir porter de charges supérieures à 20 kg, une capacité de compréhension et d'adaptation limitée par l'illettrisme et une aptitude à se déplacer restreinte par l'absence de permis de conduire.

18. Par avis du 3 juillet 2017, le médecin SMR, a estimé qu'il était nécessaire d'interroger le Dr H_____, puisque ce rhumatologue avait délivré des arrêts de travail à l'assuré.
19. Le 7 juillet 2017, l'Hospice général a informé l'OAI que l'assuré bénéficiait de prestations d'aide sociale depuis le 1^{er} mai 2017.
20. Dans un rapport du 26 juillet 2017 à l'OAI, le Dr H_____ a mentionné avoir vu l'assuré à deux reprises en septembre et octobre 2015 en raison d'une épicondylite latérale droite pour laquelle il avait prescrit un traitement par ondes de choc (six séances). À la fin du traitement, soit le 27 octobre 2015, l'examen clinique de l'assuré s'était révélé normal.
21. Par avis du 8 février 2018, le médecin SMR, a estimé que selon les restrictions mentionnées par le Dr D_____, l'assuré était illettré et ne pouvait, dans ces circonstances, suivre une formation. Il était également connu pour des lombalgies occasionnelles avec limitation de port de charges épisodique. En conclusion, la capacité de travail exigible était entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Partant, la question de l'aptitude à la réadaptation était sans objet. Au titre des limitations fonctionnelles, il convenait de retenir toute activité ne nécessitant pas la maîtrise de la lecture et de l'écriture.
22. Par projet de décision du 8 février 2018, l'OAI a refusé l'octroi de toute prestation. L'assuré avait certes présenté une incapacité de travail dans son activité professionnelle mais il ne s'agissait pas d'une atteinte à la santé invalidante au sens

de l'assurance-invalidité. Par conséquent, les conditions d'octroi de prestations d'assurance n'étaient pas réunies.

23. Le 9 mars 2018, l'assuré a contesté ce projet par l'intermédiaire d'un avocat en soutenant qu'il était principalement basé sur le rapport de la Dresse G_____, sans tenir compte des aspects somatiques du cas. Il ressortait du dossier que les Drs H_____ et D_____ n'avaient pas pris la peine de faire parvenir un rapport sur la situation de leur patient. Il subsistait donc un doute sur sa capacité de travail réelle. Aussi convenait-il de le soumettre à une « expertise complète » afin de déterminer de manière précise son taux d'invalidité.
24. Par décision du 5 avril 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 février 2018. Contrairement à ce que l'assuré affirmait dans son courrier du 9 mars 2018, le dossier avait été instruit de manière complète, y compris sur le plan physique. Il suffisait de se référer aux rapports des Drs D_____, H_____ et C_____.
25. Le 9 mai 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il ressortait de l'analyse du dossier et de la décision querellée que l'intimé s'était limité au rapport du SMR pour évaluer le taux d'activité exigible. Ce rapport concluait à une capacité de travail exigible de 100 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée tout en reconnaissant que le recourant souffrait d'un illettrisme l'empêchant de suivre une formation, et de lombalgies occasionnelles avec limitation de port de charges épisodique. Quant au rapport lacunaire du Dr H_____, il laissait à penser que l'assuré ne souffrait d'aucun trouble durable. Cet avis n'était cependant pas partagé par les Drs D_____ et G_____ qui avaient tous deux constaté que le recourant était atteint d'un illettrisme important qui ne pouvait pas être réduit par des mesures médicales. Ces deux médecins ne s'exprimaient en revanche pas d'une même voix sur les autres troubles du recourant (lombalgies, dépression et alcoolisme) et les restrictions applicables. Alors que la Dresse G_____ avait constaté que le recourant ne pouvait rester ni debout ni assis de manière prolongée, ni fournir une activité s'exerçant principalement en marchant, et que de surcroît, ses capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées, le Dr D_____ avait retenu pour sa part uniquement une impossibilité de porter des charges supérieures à 20 kg et des capacités de compréhension et d'adaptation limitées. Malgré ces divergences, l'OAI n'avait requis aucune expertise en vue de déterminer les réelles limitations fonctionnelles découlant des troubles de la santé physique et psychique du recourant. Au vu de ces éléments, le recourant a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 5 avril 2018 et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision basée sur une expertise portant sur les limitations fonctionnelles dont il souffrait et les conséquences de ces dernières.
26. Par réponse du 5 juin 2018, l'intimé a fait valoir que la décision litigieuse ne se fondait pas uniquement sur l'avis du SMR, puisque nombre de rapports rédigés par les médecins traitants figuraient au dossier. C'était en se fondant sur ces derniers que le SMR avait apprécié la situation médicale. Or, force était de constater que les différents médecins traitants n'avaient pas attesté la présence d'atteintes à la santé

invalidantes. Quant à l'illettrisme, il ne constituait pas une atteinte à la santé et n'avait du reste pas empêché le recourant de travailler par le passé. Pour le reste, le recourant ne rapportait aucune atteinte à la santé qui aurait été ignorée dans le cadre de l'instruction du dossier. En conséquence, il convenait de rejeter le recours.

27. Par réplique du 16 juillet 2018, le recourant a souligné qu'au vu des divergences existant entre les médecins au sujet de ses limitations fonctionnelles – ainsi que de leurs causes –, il s'avérait impossible de se prononcer sur sa capacité de travail dans le cadre de « son activité ordinaire d'homme à tout faire ou d'agent d'entretien ». Par ailleurs, même si le recourant ne contestait pas que son illettrisme ne l'avait pas empêché de travailler antérieurement dans le cadre d'activités purement physiques, il n'en estimait pas moins que ce trouble jouait un rôle prépondérant sur le plan de sa capacité à exercer une activité adaptée. Enfin, les médecins traitants avaient également émis des avis divergents s'agissant des autres troubles à la santé, puisque seule la Dresse G_____ mentionnait l'alcoolisme et la dépression.
28. Par duplique du 7 août 2018, l'intimé a souligné que le recourant était à même d'exercer son activité habituelle qui n'était limitée ni par l'illettrisme ni par les rares limitations fonctionnelles constatées (port de charges limité seulement de manière épisodique).
29. Le 8 août 2018, une copie de ce courrier a été transmise au recourant pour information.
30. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1^{er} 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).

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en

revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

Datée du 5 avril 2018, la décision entreprise a été notifiée le 9 avril 2018. Le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le 9 mai 2018. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-invalidité, singulièrement sur l'aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 11 janvier 2013.
5. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision de refus de prestations, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle doit examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence. En cas de recours, le même devoir de contrôle incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; U. MEYER/ M. REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3^{ème} éd. 2014, n. 120 ad art. 30-31 LAI).

En cas de nouvelle demande, la question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propre à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse. En ce qui concerne cette comparaison, une décision de non-entrée en matière sur une ou plusieurs nouvelles demandes – après examen matériel et rejet du droit à la rente entrée en force – n'a aucune valeur juridique de référence (VSI 1999 p. 84 ; cf.

aussi ATF 130 V 343 consid. 3.5 et l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009).

6. 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. Le « marché équilibré du travail » au sens de l'art. 7 LPGA est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (ATF 110 V 273 consid. 4b). Il s'ensuit que pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'œuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, p. 563-564 n. 2112).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. L'assurance-invalidité assure les conséquences économiques des atteintes à la santé (cf. art. 4 al. 1 LAI) mais non les conséquences économiques d'une absence de bagage scolaire ; il existe, sous cet angle, un élément causal dans l'assurance-invalidité qui est en soi « finale » (cf. ATF 124 V 178 consid. 3b et les références). L'illettrisme fait ainsi partie des facteurs étrangers à l'invalidité qui peuvent être pris en considération dans le cadre de l'examen d'une activité exigible dans le cas particulier (Pratique VSI 1999, p. 238 consid. 1). Il peut également justifier une réduction du revenu d'invalidité lorsque ce dernier est déterminé sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 79 consid. 5b). En revanche, l'illettrisme comme tel ne permet pas l'octroi d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 609/02 du 6 juin 2003 consid. 3.2). Cela vaut également pour d'autres facteurs tels que la mauvaise connaissance de la langue française (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 619/03 du 26 août 2004 consid. 3.1) ou l'absence de permis de conduire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_523/2010 du 25 novembre 2010 consid. 3.1).

9. a. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

b. À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui

nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b/aa. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur

l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

11. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).
12. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir

des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

13. En l'espèce, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision du 11 janvier 2013 avec celle existant au moment de la décision du 5 avril 2018 afin d'apprécier si l'on est en présence d'une modification des circonstances propre à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations. Au moment de la décision initiale, le droit à rente d'invalidité avait été nié dès lors que le recourant n'avait présenté d'incapacité de travail qu'entre le 27 février et le 2 septembre 2012 et qu'ainsi, une incapacité de longue durée au sens de l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI (une année) n'était pas donnée. En outre, des mesures professionnelles lui avaient été également refusées car sa capacité de travail était entière dans toute activité.

Le 7 septembre 2016, le recourant a formé une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé, lors de laquelle la Dresse G_____ a mis en exergue des facteurs indépendants de son état de santé (et donc non pertinents) tels que l'illettrisme et l'absence de permis de conduire (cf. ci-dessus : consid. 8b). En effet, il ne ressort d'aucun rapport versé au dossier que le recourant serait atteint d'une « infirmité congénitale » qui l'empêcherait d'apprendre à lire et à écrire, comme celui-ci le prétend dans le formulaire de demande de prestations déposé le 7 septembre 2016. La Dresse G_____ a également fait état d'une dépendance à l'alcool, sans qu'il ne soit allégué que cette dernière aurait provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale ou que cette addiction résulterait elle-même d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie (cf. ci-dessus : consid. 9b). À cela s'ajoute une dépression réactionnelle (au fait de ne pas trouver du travail) qui, à teneur du rapport du 19 octobre 2016 de la Dresse G_____, ne fait pas obstacle à une capacité de travail pleine et entière dans une activité lucrative adaptée ne demandant pas de savoir lire, écrire ou conduire, permettant d'alterner les positions, ne s'exerçant pas principalement en marchant et ne nécessitant pas le port de charges lourdes.

Quant au rapport du 30 janvier 2017 du Dr D_____, interniste traitant, il retient certes moins de limitations fonctionnelles d'ordre physique que sa consœur psychiatre (pas de port de charges supérieures à 20 kg) et porte peu ou prou la même appréciation sur les capacités du recourant (restrictions dues à l'illettrisme). Quoi qu'il en soit, la Dresse G_____ et le Dr D_____ se rejoignent sur l'exigibilité de l'exercice à plein temps d'une activité adaptée.

14. Sans se fonder sur des avis médicaux qui divergeraient sur ce dernier point, le recourant soutient que dès lors que les Drs D_____ et G_____ exprimeraient des avis discordants sur ses limitations fonctionnelles ainsi que leurs causes, il s'avérerait impossible de se prononcer « sur [sa] capacité de travail dans le cadre de son activité ordinaire d'homme à tout faire ou d'agent d'entretien » (cf. réplique, p. 2). En argumentant de la sorte, le recourant tente non seulement de substituer son appréciation personnelle à celle de ses médecins mais aussi, il omet de préciser,

d'une part, que le Dr H_____ s'est bel et bien prononcé sur la capacité de travail en question en lui délivrant des arrêts de travail – motivés par une épicondylite passagère – du 8 septembre 2015 au 28 octobre 2015, dans le cadre de sa dernière activité exercée en tant que « homme de terrain à la mairie de Meyrin » (cf. rapport du Dr D_____ du 30 janvier 2017) et, d'autre part, qu'à la fin du traitement de l'affection précitée, l'examen clinique s'était révélé normal (cf. rapport du 26 juillet 2017 du Dr H_____). Au vu de ces éléments, le rapport du 8 février 2018 du Dr I_____, sur lequel se fonde la décision litigieuse, ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'il retient une capacité de travail exigible entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Du reste, la décision de refus de prestations – non contestée – du 11 janvier 2013 aboutissait à cette même conclusion (pas d'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle et *a fortiori* pas non plus dans une activité adaptée) en présence de troubles physiques persistants et de limitations fonctionnelles similaires à ceux invoqués lors du dépôt de la nouvelle demande en septembre 2016 (cf. les rapports du Dr D_____ des 7 juin 2012 et 13 septembre 2012, ainsi que le rapport du Dr F_____ du 7 octobre 2011). Au demeurant, le Dr D_____ ne mentionne plus, dans son rapport du 30 janvier 2017, la « douleur du genou persistante » dont il était encore question dans le rapport du 13 septembre 2012. En conséquence, force est de constater qu'il ne ressort pas de l'instruction médicale du dossier qu'on serait en présence, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une modification des circonstances propre à influencer sur le taux d'invalidité par rapport à la décision initiale. Dans ces conditions, les faits pertinents de la cause sont suffisamment élucidés et point n'est besoin de renvoyer le dossier à l'intimé pour nouvelle décision basée sur une expertise des limitations fonctionnelles dont souffre le recourant et de leurs conséquences.

15. Le recours sera donc rejeté.
16. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, qui sera arrêté au montant minimal de CHF 200.-.

Vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à allocation d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le