

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1654/2013

ATAS/1175/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 novembre 2013**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur G \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBÀ et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur G\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1961, ressortissant turque d'origine kurde, a travaillé dans son pays en qualité de serveur et de peintre en bâtiment. Blessé par balle à la hanche gauche à l'âge de 18 ans, l'assuré est arrivé en Suisse en 1989, en tant que demandeur d'asile. Il a travaillé comme nettoyeur, aide pizzaiolo puis a exercé la profession d'ouvrier polisseur dans l'horlogerie.
2. Une première demande de mesures professionnelles déposée en date du 18 février 1994 a été rejetée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel par décision du 21 juin 1994, motif pris que l'assuré ne remplissait pas la durée minimale de cotisation d'une année.
3. Souffrant de séquelles de sa hanche gauche, qui ont nécessité des interventions chirurgicales, l'assuré a présenté des lombalgies basses à la suite desquelles il a été en arrêt de travail à 100% depuis le mois de novembre 1996.
4. Suite à une deuxième demande de prestations déposée en date du 15 mai 1997, l'Office AI a mis en place une expertise auprès du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après CHUV). Dans leur rapport du 21 octobre 1999, le Prof. L\_\_\_\_\_ et le Dr M\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint remplaçant, ont diagnostiqué une scoliose dorsolombaire dextro-convexe déséquilibrée, partiellement réductible, des discopathies pluri-étagées prédominant à la jonction dorsolombaire accompagnées de troubles dégénératifs dorsolombaires, un status après ankylose en position vicieuse d'adductus de la hanche gauche traitée par ostéotomie de valgisation intertrochantérienne et arthrodèse de la hanche gauche, ainsi que des lombalgies chroniques. Selon les experts, l'activité de polisseur n'était pas compatible avec sa situation orthopédique et ils ne pensaient pas que le patient puisse avoir une capacité de travail médico-théorique, même à temps partiel, depuis 1996.
5. Dans un complément d'expertise requis par l'OAI, les médecins du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV ont indiqué en date du 28 février 2000 que le patient peut exercer une activité à 50% dans une profession sans port de charges, ni déplacements importants, permettant l'alternance des positions assise et debout. Ils ont confirmé que le patient présentait une aggravation de son état de santé avec répercussions lombaires de son problème de hanche gauche. Il n'y avait par ailleurs aucune relation de cause à effet entre l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en novembre 1996 et l'aggravation des plaintes lombaires. Les douleurs dorsolombaires présentées par le patient étaient dues à une aggravation des troubles dégénératifs du rachis dorsolombaire. Le Dr M\_\_\_\_\_ déclarait qu'il n'avait pas d'explications précises permettant d'expliquer pour quelle raison le patient n'avait pas été en mesure de reprendre son travail après l'opération de novembre 1996.

6. Par décision du 16 février 2001, l'Office AI du canton de Neuchâtel a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 50% et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1997.
7. L'OFFICE AI DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) a mis en route une procédure de révision en 2007.
8. Selon une attestation établie par X \_\_\_\_\_ SA le 17 janvier 2007, l'assuré a travaillé en qualité de steward pour Y \_\_\_\_\_ du 2 avril 2002 au 30 novembre 2005 et du 1<sup>er</sup> décembre 2005 au 31 décembre 2006 en qualité de steward du wagon-restaurant.
9. Répondant au questionnaire, l'assuré a indiqué en date du 23 juillet 2007 que son état de santé s'était aggravé depuis le 27 décembre 2002 et qu'il était en arrêt de travail à 100% depuis le 11 mai 2007.
10. Dans un rapport du 31 juillet 2007, le Dr N \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire, qu'il présentait une capacité de travail de 0% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007 et qu'il était suivi par le Dr O \_\_\_\_\_.
11. Dans un rapport du 2 novembre 2007, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie, a diagnostiqué une arthrodèse de la hanche gauche, une fracture de l'arthrodèse par chute, une spondylarthrose dorsolombaire angulée et des lombalgies. L'assuré était incapable de travailler à 100% depuis le 11 mai 2007, définitivement, dans la profession de serveur. Dans l'annexe au rapport médical, le Dr O \_\_\_\_\_ indique que l'activité habituelle n'est plus exigible, que la capacité de travail ne peut être améliorée et que l'on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité.
12. A la demande de l'OAI, le SMR a procédé à un examen clinique orthopédique en date du 21 février 2008. Le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a diagnostiqué avec répercussions sur la capacité de travail un status après arthrodèse de la hanche gauche suite à des séquelles d'une arthrite septique ainsi que des lombalgies et une scoliose dorsolombaire d'origine dégénérative. Dans l'appréciation du cas, le médecin relève que lors de l'expertise effectuée à l'Hôpital orthopédique en octobre 1999, l'assuré a été déclaré apte à travailler à 50% dans une activité adaptée. Le médecin traitant atteste une incapacité de travail dans toute activité, de même que le Dr O \_\_\_\_\_, sans donner des arguments précis. Selon le Dr P \_\_\_\_\_, l'assuré peut exercer une activité sédentaire, il doit éviter de porter des objets d'un poids supérieur à 10 kg, de marcher à plat plus que 400 mètres, de monter ou descendre les escaliers ou les pentes, de travailler penché en avant ou en porte-à-faux. Il peut travailler dans un métier principalement assis qui permet les alternances des positions. La capacité de travail est de 0% dans l'activité habituelle de steward dans les trains, mais dans une activité adaptée, le médecin du SMR a considéré que l'assuré était capable de travailler à 50% depuis novembre 1996.

Le SMR a procédé à un examen clinique psychiatrique en date du 30 septembre 2008. Le Dr Q \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique, l'assuré étant capable de travailler à 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

13. Par décision du 19 novembre 2008, l'OAI a informé le recourant que sa rente était maintenue, les motifs de caractère subjectif invoqués par l'assuré ne permettant pas de revoir son appréciation.
14. Le 21 juin 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande tendant à l'augmentation de sa rente.
15. Dans un rapport médical du 30 juin 2011, le Dr R \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué une ankylose gauche, une cyphoscoliose sévère en aggravation et des rachialgies chroniques. L'assuré ne travaille plus depuis mai 2007 et selon le médecin, il a droit à une rente complète depuis 2007 du point de vue médical. L'assuré a de nombreuses limitations fonctionnelles, il ne peut notamment pas porter de poids supérieurs à 4 kilos.
16. Interpellé par le SMR, le Dr R \_\_\_\_\_ indique par courrier du 1<sup>er</sup> mars 2012 que l'assuré souffre d'une ankylose totale de sa hanche gauche après arthrite infection, puis plaie par balle dans sa jeunesse, qui a provoqué un important défaut d'axe en adductus ayant nécessité une ostéotomie de valgisation par plaques en 1990, suivie d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1996. Depuis 1993, il a développé des troubles statiques de sa colonne dorsolombaire par compensation du blocage de sa hanche gauche. Cette cyphoscoliose dorsolombaire droite s'est aggravée au fil des années pour atteindre actuellement un degré sévérissime responsable d'un handicap majeur. Une intervention orthopédique sur le rachis avait déjà été proposée en 1999 par le Prof. S \_\_\_\_\_. Elle n'a malheureusement pas pu être concrétisée pour des raisons qu'il ignore. Selon le Dr R \_\_\_\_\_, le patient est sous traitement antalgique permanent, il ne peut garder la position assise plus de 5 minutes, il marche avec une boiterie importante et lenteur et au maximum 15 minutes, il doit se coucher chaque 30 minutes pour soulager son dos. Le médecin indique qu'il ne connaît pas au monde de métier qui permette de s'exercer dans des conditions pareilles et réitère son affirmation que le patient doit prétendre à une rente complète depuis 2007.
17. Par communication du 14 novembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'une évaluation médicale était nécessaire sous forme d'une expertise rhumatologique chez le Dr T \_\_\_\_\_.

Dans son rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> mars 2013, le Dr T \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, médecine du sport, a retenu au titre de diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail des dorso-lombalgies chroniques, des troubles disco-dégénératifs et statiques importants du rachis dorsolombaire et un status après arthrolyse de la hanche gauche en 1990. Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un status

après cure chirurgicale de syndactylie congénitale entre le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> doigt des deux mains. Dans l'appréciation du cas, l'expert relève que suite à l'expertise du Prof. L\_\_\_\_\_, qui a retenu une capacité de travail de 50% dans une profession adaptée, l'assuré va travailler comme steward au sein des CFF entre 2002 et 2006. Il annonce toutefois une péjoration de ses rachialgies au fil des années et le Dr N\_\_\_\_\_ lui reconnaît une incapacité de travail de 100% dès le 11 mai 2007. A l'examen clinique, l'expert constate que son examen est quasi superposable à celui réalisé par le Dr P\_\_\_\_\_ dans son expertise du mois de février 2008, tant pour les troubles statiques rachidiens que les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires rapportées. Les radiographies réalisées en juin 2011 sont elles aussi superposables, vérifiant les troubles disco-dégénératifs et statiques dorsolombaires décrits en 2007 ainsi que la scoliose avec un angle de Cobb similaire de 40°. Aucun élément objectif ne peut permettre de statuer d'une aggravation de l'état de santé du patient, avec dès lors une exigibilité des limitations fonctionnelles similaires à celles postulées par le Dr P\_\_\_\_\_ en 2008. L'expert relève que dans son appréciation, le Dr R\_\_\_\_\_, qui ne connaît l'assuré que depuis 2011, évoque une incapacité de travail totale sans aucun élément clinique ou radiologique objectif permettant d'étayer ses propos, a contrario du Dr P\_\_\_\_\_ qui a examiné l'assuré dans le cadre d'une expertise en février 2008. Par ailleurs les rapports médicaux du Dr R\_\_\_\_\_ du 30 août 2011 comme du 12 mars 2012 n'apportent aucune information complémentaire permettant de faire la démonstration objective d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Selon le Dr T\_\_\_\_\_, d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré est de 50% dans une activité légère, sédentaire, évitant les ports de charges supérieures à 10 kg, la marche à plat de plus de 400 m, de monter ou de descendre des escaliers ou les pentes, de travailler penché en avant ou en porte-à-faux, dans un métier principalement assis qui permet les alternances de positions. L'expert ne voit pas de contre-indications à la mise en place de mesures de reconversion professionnelles, mais ces dernières semblent toutefois difficiles d'aboutir chez un assuré rapportant des douleurs rachidiennes incompatibles avec la reprise d'une activité professionnelle quelconque, éléments subjectifs ne pouvant être intégrés à l'appréciation objective.

Du point de vue quantitatif, l'expert retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement qui reste liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis comme la marche et la prise éventuelle de pauses supplémentaires, ce depuis 1996. L'activité professionnelle de steward exercée entre 2002 et 2006 n'est pas exigible. Des mesures de réadaptation professionnelle seraient envisageables, mais difficiles d'aboutir dans le cas d'un assuré ne se voyant plus exercer aucune activité professionnelle quelconque en raison de ses douleurs. Toutes les activités professionnelles respectant les limitations fonctionnelles décrites entrent en ligne de compte.

18. Par décision du 23 avril 2013, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus d'augmentation de sa rente d'invalidité, motif pris que le rapport d'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ indique que son état de santé ne s'est pas dégradé depuis la dernière évaluation.
19. L'assuré, représenté par son mandataire, interjette recours en date du 24 mai 2013. Il conteste le rapport d'expertise du Dr T\_\_\_\_\_, relevant qu'une intervention sur le rachis avait été proposée par le Prof. S\_\_\_\_\_ en 1999 déjà afin d'enrayer la compensation délétère de son arthrodèse de hanche sur les troubles statiques de son rachis et partant sur ses douleurs. Il s'étonne qu'aucune évaluation des douleurs sur le plan fonctionnel n'ait été incluse dans l'expertise alors qu'il existe plusieurs scores cliniques validés et objectifs qui auraient permis de prendre en compte ses plaintes subjectives. Il allègue que son état de santé se péjore depuis plus de six ans maintenant et sollicite l'audition de témoins, notamment de son médecin traitant actuel, ainsi que du Dr U\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin d'établir de manière parfaitement indépendante sa capacité de travail, non seulement dans le domaine rhumatologique mais également dans le domaine orthopédique. Il relève que l'expert préconise un métier principalement assis, alors que le médecin traitant déclare qu'il ne peut garder la position assise plus de 5 minutes.
20. Dans sa réponse du 24 juin 2013, l'intimé conclut au rejet du recours, relevant qu'en 2008 il a déjà rendu une décision de maintien de rente au motif qu'aucune aggravation n'avait été objectivée, ce qui est encore le cas actuellement. L'intimé se fonde sur l'expertise rhumatologique effectuée le 1<sup>er</sup> mars 2013 par le Dr T\_\_\_\_\_ qui doit se voir accorder pleine valeur probante. Par ailleurs on ne saurait remettre en cause une expertise et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire, non étayée par des éléments objectivement vérifiables.
21. Par réplique du 16 juillet 2013, le recourant regrette que la Cour n'ait pas souhaité entendre les Drs R\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ et relève que l'expert mandaté par l'intimé est rhumatologue alors qu'il souffre de problèmes orthopédiques qui n'ont pas pu être examinés par un spécialiste. Il considère que l'expertise effectuée est lacunaire et contradictoire concernant respectivement les douleurs ressenties et sa capacité à exercer une activité professionnelle. Il persiste intégralement dans les conclusions de son recours.
22. Par duplique du 31 juillet 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions.
23. 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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.

2. Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé dans une mesure justifiant une augmentation de sa rente d'invalidité.
4. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

C'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss).

Il n'y a en revanche 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans

condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

5. En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 19 novembre 2008, soit la dernière décision rendue par l'intimé suite à la révision du dossier, avec les circonstances prévalant au moment de la décision litigieuse.
6. Lors de son examen du 21 février 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ avait constaté la présence d'importants troubles statiques sous forme d'une scoliose dorsolombaire à concavité gauche et une gibbosité dorsolombaire droite d'environ 2,5 cm de hauteur. Le membre inférieur gauche était plus court que le droit, la mobilité de la hanche droite était complète et symétrique, à gauche elle était bloquée en position idoine. Les radiographies de la colonne dorsale et lombaire de face et de profil du 12 mai 2007 montraient une scoliose à concavité gauche, sommet en L1 avec un angle selon Cobb d'environ 40°, des troubles pluri-étagés dans toute la colonne dorsolombaire avec des ostéophytes tant latéraux qu'antérieurs des corps vertébraux lombaires, ainsi qu'une rectitude de la colonne dorsale sur les clichés de profil. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré devait éviter de porter des objets d'un poids supérieur à 10 kg, de marcher à plat plus de 400 mètres, de monter ou descendre les escaliers ou les pentes, de travailler penché en avant ou en porte-à-faux. L'assuré pouvait travailler dans un métier principalement assis et permettant l'alternance des positions. Au vu du status clinique et des limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, depuis 1996.

Le Dr T\_\_\_\_\_ a examiné le recourant le 26 février 2013. Il relève que l'examen clinique reste essentiellement marqué par une limitation fonctionnelle de sa hanche gauche figée en adduction et en flexion de 10° liée à son arthrodèse à laquelle se rajoute une amyotrophie fessière et quadricipitale, des troubles statiques importants du rachis dorso-lombaire sous la forme d'une scoliose dextro-convexe, d'une gibbosité droite de 3 cm se rajoutant d'une bascule du bassin en sa défaveur du côté gauche sur raccourcissement du membre de ce côté de 3 cm. Selon l'expert, l'examen clinique est quasi superposable à celui réalisé par le Dr P\_\_\_\_\_ au mois de février 2008. Les radiographies réalisées en juin 2011 sont elles aussi superposables, vérifiant les troubles disco-dégénératifs et statiques dorsolombaires décrits en 2007, ainsi que la scoliose avec un angle de Cobb similaire de 40°. Selon le Dr T\_\_\_\_\_, aucun élément objectif ne peut permettre d'admettre une aggravation de l'état de santé, avec dès lors une exigibilité des limitations fonctionnelles similaires à celles postulées par le Dr P\_\_\_\_\_ en février 2008. La capacité de travail est toujours de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise, dès lors qu'elle n'émane pas d'un orthopédiste. Il considère que seule une expertise pluridisciplinaire pourra établir sa capacité de travail. Il fait grief également à l'expert de n'avoir pas cherché à mesurer ses douleurs selon des scores cliniques validés et objectifs, tel le score de Dallas, comme le Dr R\_\_\_\_\_ le souligne. Il rappelle qu'une intervention sur le rachis avait déjà été proposée par le Professeur S\_\_\_\_\_ en 1999, en vue d'enrayer la compensation délétère de son arthrodèse de la hanche sur les troubles statiques et, partant, sur ses douleurs.

La Chambre de céans relève en premier lieu que le Dr T\_\_\_\_\_ est spécialisé non seulement en rhumatologie, mais aussi médecine interne, et qu'il dispose d'une formation complémentaire en médecine du sport. Par conséquent, on ne peut conclure qu'il ne serait pas habilité à se prononcer sur les atteintes à la santé du recourant. Ensuite, il convient de constater que l'expert s'est prononcé sur la base de l'intégralité du dossier, qu'il a procédé à un examen clinique complet, que son rapport d'expertise comporte une anamnèse systématique et socio-professionnelle détaillée. Contrairement à ce que le recourant soutient, il a pris en compte ses plaintes, notamment ses douleurs ; cela étant, dans son appréciation du cas, il a constaté que d'un point de vue objectif, aucun élément ne permet d'admettre une aggravation de l'état de santé depuis 2008. Il a expliqué que les Drs R\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ n'étaient pas leur appréciation quant à une incapacité de travail totale par un élément objectif. La Chambre de céans constate que les conclusions de l'expert sont claires et convaincantes, de sorte que le rapport d'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Quant au grief du recourant selon lequel l'expert n'a pas évalué les douleurs selon une échelle reconnue et validée, il convient de rappeler que dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix de examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert. Pour le surplus, on ne trouve pas trace dans les rapports des Dr R\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ d'un élément objectif qui viendrait confirmer la thèse selon laquelle l'état de santé du recourant se serait aggravé depuis le 19 novembre 2008, étant précisé que le juge se doit d'examiner l'avis du médecin traitant avec retenue, dès lors qu'il 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 351 consid. 3a p. 352, 112 V 157 consid. 1c et les références p. 160).

Au vu de ce qui précède, la Chambre de céans n'a aucun motif pour s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_.

7. Le recours, mal fondé, est rejeté.
8. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique, il est dispensé du paiement de l'émolument prévu par l'art. 69al. 1bis LAI.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette dans le sens des considérants.
3. Dispense le recourant du paiement de l'émolument.
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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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