

EN FAIT

1. En mai 2008, après une chute sur le dos d'une hauteur de 4 mètres, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1983, originaire du Kosovo, maçon de profession, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui lui a accordé, par décision du 3 décembre 2008, une rente limitée dans le temps, du 1^{er} juillet au 30 septembre 2007.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- des rapports émanant de la Clinique romande de réadaptation (CRR) établissant que l'importance des doléances de l'assuré ne pouvait s'expliquer par des motifs somatiques ou physiques, ce qui parlait en faveur d'une amplification secondaire des symptômes de nature psychosomatique, associée à un comportement douloureux atypique dans le contexte d'un trouble dépressif majeur de degré moyen ;
- un consilium de l'appareil locomoteur (rachis) du 14 mai 2007 de la CRR, retenant les diagnostics de rachialgies mécaniques non spécifiques cervico-dorsolombaires, de troubles statiques, de discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, de hernie discale L4-L5 et de spina bifida occulta S1 ; un examen neurophysiologique n'avait apporté aucun argument en faveur d'une atteinte radiculaire du membre inférieur droit ; la rachialgie avait clairement une origine musculaire ; les discopathies dégénératives n'expliquaient certainement pas l'intégralité des troubles et l'intensité du handicap fonctionnel annoncé ; le nombre très élevé de symptômes et de signes de non-organicité était souligné ;
- un consilium psychiatrique du 14 mai 2007 de la CRR concluant à un trouble dépressif majeur de degré moyen ;
- un consilium de l'appareil locomoteur des membres supérieurs du 22 mai 2007 de la CRR concluant à un status clinique normal avec pour seule petite anomalie une sensibilité à la percussion et à la palpation du nerf ulnaire sans irradiation à la face interne de l'avant-bras ; l'examen du poignet était strictement normal, tout comme le bilan radiologique ; une certaine discordance entre les plaintes du patient - qualifiées d'importantes - et le très peu de données objectives cliniques était relevée ; un trouble dépressif majeur avait été diagnostiqué, qui pouvait jouer un rôle ; aucun diagnostic n'était retenu sur le plan somatique au niveau des membres supérieurs ;
- un rapport de sortie de la CRR du 9 juillet 2007 concluant à une totale capacité de travail dès le 25 juin 2007 ;
- une appréciation médicale rédigée le 7 février 2008 par le docteur Fred SPECK, spécialiste FMH en chirurgie, à l'intention de la SUVA, expliquant que des

radiographies du rachis lombaire effectuées en 2006 n'avaient révélé aucune lésion post-traumatique pas plus que des déficits d'ordre neurologique ; les discopathies mises en évidence étaient indubitablement de nature dégénérative et n'avaient été ni provoquées, ni aggravées structurellement par l'accident ; le médecin concluait à l'absence de substrat organique ou d'atteinte physique permettant d'expliquer l'évolution négative, les discopathies du rachis lombaire n'ayant aucun impact sur le plan clinique ; comme la CRR, il a conclu à une aptitude au travail de 100% dès le 25 juin 2007, abstraction faite de la symptomatologie psychique se superposant à la situation préexistante sur le plan somatique.

2. Le 5 octobre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en invoquant une incapacité totale de travail à compter de février 2014, une hernie discale, une « opération intestinal » (sic) et une dépression.

Ont alors été versés au dossier les éléments suivants :

- un bilan de stage d'évaluation à l'emploi établi par les établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) en novembre 2015 à l'attention du Service de réinsertion professionnelle de l'Hospice général à l'issue d'un stage interrompu après deux semaines en raison d'un arrêt maladie ; durant ces deux semaines de présence, l'assuré avait été ponctuel et sérieux dans son travail ; mis à part son arrêt maladie, aucune limitation physique n'avait été observée dans les tâches demandées ; il avait effectué un travail correspondant aux attentes en termes de qualité et de productivité, avait montré de bonne aptitude à comprendre les consignes et fait preuve d'autonomie ; il disposait de huit ans d'expérience en maçonnerie-coffrage et d'une année en tant que bagagiste ; il se disait cependant limité à conserver une position statique et au port de charges en raison d'un mal de dos persistant ; une mesure de reclassement était préconisée afin de permettre d'évaluer les réelles capacités physiques de l'assuré à l'emploi ;
- un bref questionnaire rempli par l'assuré le 24 octobre 2017 indiquant qu'il avait exercé en dernier lieu à plein temps l'activité de gérant d'une société de maçonnerie, jusqu'à fin septembre 2012, date à laquelle il avait cessé pour des raisons économiques ; il indiquait rechercher une reconversion « dans un domaine adéquat » ;
- un questionnaire rempli le 26 janvier 2018 par le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatre traitant, faisant état du status psychiatrique subjectif suivant : fatigue, insomnies, anhédonie partielle, tristesse, idées noires ; lui-même avait observé un ralentissement psychomoteur modéré (c'est lui qui souligne) ; il retenait un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique occasionnant une incapacité de travail depuis le 20 octobre 2017 ; il évoquait également des traits de personnalité anxieuse, tout en précisant qu'ils n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail ; étaient mentionnées comme limitations fonctionnelles : des troubles de la concentration modérés ainsi qu'un ralentissement psychomoteur, modéré lui aussi ; l'évolution avait été favorable ; l'incapacité de travail avait été

totale du 20 octobre au 31 décembre 2017, de 50% dès janvier 2018 ; le pronostic dans une activité adaptée au status somatique était favorable ; un bilan de compétence et une réadaptation professionnelle dans une activité adaptée - telle que chauffeur de taxi par exemple - était évoquée, avec un bon pronostic, dans un délai d'environ trois mois ;

- une note d'entretien téléphonique du 24 avril 2018 relatant que le Dr B_____ avait informé l'OAI qu'à compter de ce jour-là, l'assuré avait retrouvé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec un pronostic positif ;
- un courrier adressé le 15 mai 2018 à l'OAI par le Dr B_____ et Madame C_____, psychologue FSP (suite à un projet de décision indiquant que l'OAI avait l'intention de rejeter la demande de prestations de l'assuré), rappelant que leur patient présentait un trouble de la personnalité combiné à un état dépressif, que la capacité de travail de 100% mentionnée concernait seulement une activité adaptée et sollicitant une réadaptation professionnelle de la part de l'OAI.

3. Par décision du 13 juin 2018, l'OAI a rejeté cette nouvelle demande.

L'OAI, se référant à l'avis du SMR, a retenu les incapacités de travail suivantes : 100% du 20 octobre au 31 décembre 2017, 50% du 1^{er} janvier au 23 avril 2018 et 0% dès le 24 avril 2018, ce qui l'a conduit à conclure à l'absence d'incapacité de travail de longue durée.

Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas à l'ordre du jour, puisque l'assuré avait recouvré une pleine et entière capacité de travail dans toute activité. En effet, le médecin attestait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à la problématique somatique de son patient ; or, aucune atteinte somatique n'était signalée.

4. Par écriture du 15 août 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles.

Le recourant souligne que son psychiatre traitant a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et de traits de personnalité anxieuse, lesquels induisent des limitations fonctionnelles sous forme de troubles de la concentration et de ralentissement psychomoteur.

Il reproche à l'intimé d'avoir ignoré les constatations du Dr B_____ et d'avoir considéré qu'il était apte à exercer n'importe quelle profession depuis le 24 avril 2018. Selon lui, son trouble de la personnalité, combiné à son état dépressif, réduit à néant sa capacité de travail dans son activité habituelle. Quant au courrier du Dr D_____ du 15 janvier 2018, il considère qu'on ne saurait s'y référer pour conclure à l'absence d'atteinte somatique.

Pour le surplus, il reproche à l'intimé de n'avoir procédé à aucune comparaison des revenus.

5. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 4 septembre 2018, a conclu au rejet du recours.

6. Dans sa réplique du 6 octobre 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il maintient que son état de santé l'empêche de reprendre une activité professionnelle, vu le ralentissement psychomoteur modéré et les autres symptômes dépressifs qui s'ajoutent à ses traits de personnalité anxieuse.

7. Par courrier du 16 octobre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

8. Convoqué par la Cour de céans, le Dr B_____ l'a informée, par courrier du 13 mai 2019, qu'il n'avait plus revu le patient depuis novembre 2018, date à laquelle le docteur E_____, psychiatre, lui a succédé.

Le Dr B_____ a indiqué avoir constaté pour sa part des troubles dépressifs récurrents moyens et légers dans le contexte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile. Il a précisé que « les indices jurisprudentiels de gravité de novembre 2017 pour les troubles dépressifs moyens et légers constatés chez le patient n'étaient pas remplis en 2018 », raison pour laquelle il n'a pas retenu de diminution de la capacité de travail dans un emploi adapté, mais a soutenu la demande de l'assuré pour bénéficier d'une réadaptation ou d'une réinsertion professionnelle à 100% dans un « emploi adapté [au] niveau d'acquisition [de l'assuré] et sans une hiérarchie complexe et sans trop de stress pour que son trouble de la personnalité ne décompense pas ».

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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est dégradé, depuis la décision initiale du 3 décembre 2008, au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA ; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).
- b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.
- c. Lorsque l'administration entre en matière sur la 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 ; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire 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 ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

6. 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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).

7. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

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). 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain ; ATF 127

V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b ; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

9. 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 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

10. En l'espèce, il convient de vérifier si une aggravation de l'état de santé de l'assuré est intervenue entre 2008 et juin 2018.

Force est de constater que tel n'est manifestement pas le cas.

En effet, aucun médecin n'allègue que la situation se serait dégradée sur le plan somatique. Dans son rapport du 15 janvier 2018, le docteur D_____, médecin traitant, s'est contenté de mentionner que son patient était suivi sur le plan psychiatrique par le Dr B_____. Aucun document médical n'a été versé au dossier qui indiquerait qu'une atteinte somatique nouvelle s'est présentée.

Sur le plan psychiatrique, le Dr B_____ a fait état d'incapacités de travail dont la durée n'a pas atteint une année (entre le 20 octobre 2017 et le 24 avril 2018) et qui ne sauraient donc être considérées comme durables.

Certes, le Dr B_____ a précisé que la pleine capacité de travail retenue à compter d'avril 2020 devait être comprise dans une activité adaptée aux limitations physiques. Or, comme déjà dit, rien n'indique que celles-ci ont évolué depuis la décision rendue en 2008 et, à l'époque déjà, il avait été jugé qu'elles n'empêchaient pas l'assuré de reprendre son activité habituelle.

Quant aux limitations psychiques évoquées, elles sont qualifiées par le psychiatre lui-même de « modérées », étant précisé que les conditions permettant de leur reconnaître un impact sur la capacité de travail ne sont - de l'avis du psychiatre - pas remplies.

Dans ces conditions, c'est donc à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas aggravation durable de l'état de santé du recourant et lui a nié le droit à toute prestation.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

**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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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