

GE_GERICHTE ATAS/1229/2013 vom 10. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1229_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1229/2013 du 10 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1229/2013 del 10 dicembre 2013

Erwägungen

E. 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 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.

E. 2

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). En l'espèce, la décision litigieuse du 22 novembre 2012 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur des diverses modifications de la LAI précitées. Cependant les faits pertinents remontent à l'année 2006. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 et après le 1er janvier 2008, respectivement après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis 2006.

E. 5

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à

savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés

A/90/2013 - 18/27 - sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 6

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 1er janvier 2008).

E. 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

A/90/2013 - 19/27 - 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). b) 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. A 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). c) Le diagnostic d'état dépressif réactionnel de degré moyen ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail, n'est pas exigible de la part d'un assuré (ATFA non publiés I 524/04 du 28 juin 2005, consid. 4.3.1 et I 585/79 du 28 décembre 1981, cité in MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2ème éd. 2010, p. 31). En effet, les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1) sauf à présenter les caractères de sévérité

A/90/2013 - 20/27 - susceptibles de les distinguer d'un tel trouble (VALTERIO, Droit de l'assurance- vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, p. 334, n. 1205 et les réf.).

E. 9

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se

présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b) 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

A/90/2013 - 21/27 - plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). c) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison

d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

E. 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).

E. 11

En l'espèce, il convient de comparer la situation au moment de la décision du 7 mars 2006 avec celle prévalant au moment de la décision du 22 novembre 2012.

E. 12

La décision initiale du 7 mai 2006 se fondait sur l'avis médical du 4 août 2005 du Dr M_____, médecin SMR. Ce dernier avait considéré que l'assuré présentait, dès le 17 octobre 2003, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (marche limitée à 1 km maximum avec deux cannes anglaises, absence de port de charges tant que l'assuré se déplace avec ses deux cannes, incapacité de travailler debout car l'assuré doit se stabiliser avec ses cannes, incapacité de s'accroupir, de s'agenouiller, de monter sur un escabeau ou sur une échelle).

E. 13

La décision querellée se fonde quant à elle sur l'expertise du Dr V_____ du 30 décembre 2011. Il en ressort qu'en l'absence d'aggravation, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation qui avait été faite par le SMR en 2005. En d'autres termes, l'expert considère qu'il existe une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement dans une activité adaptée, notamment dans la petite industrie. Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes du recourant, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé ainsi que des conclusions convaincantes s'agissant d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'expert passe en revue de manière détaillée les principaux diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail (pied gauche et lombalgies chroniques) et ceux qui n'en ont pas (arthrose des genoux, périarthrite de la hanche droite). Quant aux aspects psychiatriques, qui ne faisaient pas l'objet de l'expertise, le Dr V_____ a exposé à titre informatif que les plaintes actuelles de l'assuré étaient superposables

A/90/2013 - 23/27 - à celles figurant dans l'expertise réalisée en 2009 et qu'il n'y avait pas non plus d'aggravation à cet égard.

E. 14

Le recourant soutient que le rapport d'expertise du Dr V_____ n'est pas suffisamment complet et clair dès lors qu'il ne tient pas compte des aspects psychiatriques pour lesquels l'expertise bi-disciplinaire du BREM retient une présence exigible de quatre heures par jour et le Dr O_____ une incapacité de travail de 50%. Il reproche également à l'expert ses conclusions en contradiction avec les observations faites dans le cadre des mesures de réadaptation ainsi que l'absence d'explications permettant de comprendre pourquoi son appréciation est différente de celle des experts de 2009 et des organes chargés de la réadaptation qui ont constaté que le recourant avait effectué l'essentiel de son stage à 50% en raison de nombreux blocages du dos. Le recourant soutient également que les pièces du dossier établissent une aggravation de l'état de santé depuis la décision de l'OAI de mars 2006 qui se basait sur une capacité de travail complète. Il précise à cet égard que le TCAS, dans son arrêt du 17 juin 2008, a retenu que le stage pouvait au maximum être réalisé à 50%.

E. 15

Ces critiques ne remettent pas en question la valeur probante de l'expertise du Dr V_____. Nul ne conteste que le Dr V_____ n'a pas été mandaté pour se prononcer sur les aspects psychiatriques du cas. L'intimé relève à cet égard n'avoir eu aucune raison objective de les instruire plus avant, dès lors qu'il ressort du dossier que le recourant souffre d'un état dépressif réactionnel et qu'un tel trouble n'entraîne pas d'incapacité de travail de longue durée, de l'avis même du Dr O_____, référence étant faite à son rapport du 16 février 2007. S'agissant du caractère transitoire de l'incapacité de travail dans le cas d'espèce, l'appréciation du Dr O_____ est toutefois nuancée par l'experte-psychiatre du BREM, la Dresse S_____. Fin décembre 2009, celle-ci a fait état d'une diminution de la capacité de travail à 50% depuis fin 2006 tout en évoquant un retour progressif à une capacité de travail de 100% six à neuf mois après l'instauration d'un traitement anti-dépresseur mieux adapté. Cela étant, selon la jurisprudence précitée, un état dépressif réactionnel, même de degré moyen, ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté visant à surmonter la douleur et à réintégrer le travail ne soit pas exigible. Quant aux observations faites dans le cadre des mesures de réadaptation, elles ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions du Dr V_____ pour plusieurs raisons. Premièrement, l'absentéisme constaté par les EPI était lié à des blocages du dos. Or ceux-ci sont de nature passagère et ne constituent pas une aggravation de l'état de santé qui prévalait au moment de la décision du 7 mars 2006, puisqu'ils remontent même à un premier accident survenu en 1996. Deuxièmement, à l'issue de la mesure professionnelle, les EPI ont eux-mêmes estimé dans leur rapport du 22 avril 2009 qu'une évaluation théorique sur dossier

A/90/2013 - 24/27 - leur paraissait indiquée. Or, cette conclusion est parfaitement en phase avec le principe selon lequel l'avis dûment motivé d'un médecin prime en cas d'appréciation divergente de la capacité de travail exigible entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, étant rappelé que les stages d'observation professionnelle sont susceptibles d'être influencés par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré

pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4 précité). Par ailleurs, c'est à tort que le recourant soutient que l'on ne comprendrait pas les raisons pour lesquelles l'appréciation du Dr V _____ serait différente des organes chargés de la réadaptation professionnelle. À cet égard, le Dr V _____ indique en effet en page 27 de son rapport d'expertise qu'il n'y a pas d'argument médical permettant d'affirmer que dans une activité adaptée, la capacité de travail ne soit pas complète. De même, contrairement à ce que soutient le recourant, le fait que le TCAS, par arrêt du 17 juin 2008, ait donné acte à l'OAI de son engagement à faire effectuer une observation professionnelle à 50% n'est pas de nature à prouver l'existence d'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée. En outre, le grief selon lequel le Dr V _____ n'aurait pas motivé les raisons pour lesquelles il s'est distancié des conclusions des experts du BREM est sans objet. En effet, cette dernière expertise ne saurait se voir reconnaître de valeur probante dès lors que ses conclusions au sujet de la capacité de travail exigible laissent la porte ouverte à un trop grand nombre d'incertitudes et d'éléments non pertinents, en particulier sous l'angle de la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA : les Drs R _____ et S _____ estiment la capacité de travail exigible à 4 heures par jour. En même temps, ils évoquent une augmentation progressive de celle-ci à concurrence de 100% sous réserve d'absentéisme pour des épisodes douloureux du rachis lombaire et d'un traitement antidépresseur mieux adapté. Comme mentionné plus haut, le Tribunal fédéral considère qu'un état dépressif réactionnel même de degré moyen est de nature à être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible. De même, le caractère précisément épisodique des blocages du dos conjugué à leur antériorité - ils remontent à 1996 - ne permet de retenir ni incapacité de travail durable, ni aggravation de l'état de santé. S'agissant du rapport de la Dresse D _____ du 7 septembre 2012, il ne démontre pas non plus l'existence d'une telle aggravation, puisqu'il se réfère à des blocages lombaires survenus à trois reprises entre septembre 2012 et février 2013 ou bien à des affections également connues au moment de la décision initiale et/ou dépourvues d'effets sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée (gonarthrose bilatérale et périarthrite de la hanche droite). Au regard de ce qui précède, il n'existe pas d'éléments au dossier permettant de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr V _____ et la révision s'avère mal fondée.

A/90/2013 - 25/27 -

E. 16

Selon le recourant, la présence de ses multiples atteintes à la santé et son âge ont pour effet qu'aucun employeur ne consentirait objectivement à l'engager et qu'ainsi, en absence de capacité de travail exploitable sur le plan économique, il serait atteint d'une invalidité totale. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2). Toutefois, selon le Tribunal fédéral, le

point de savoir si un assuré a droit à une rente ou si un assuré déjà bénéficiaire d'une rente partielle a droit à une augmentation de celle-ci s'apprécie différemment. Dans le premier cas, il s'agit effectivement de déterminer l'impact concret d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail d'un assuré et les conséquences économiques qui en découlent au moment de la naissance du droit à la rente tandis que, dans le second, il s'agit d'examiner si un changement de circonstances important susceptible d'influencer le taux d'invalidité évalué antérieurement s'est produit. Si l'âge exerce une influence certaine dans l'évaluation du degré d'invalidité, dès lors qu'il intervient indirectement comme critère de réduction du revenu d'invalidité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc) et directement lorsqu'il s'agit d'appréhender la situation particulière d'un assuré qui a atteint un «âge avancé» au moment de la naissance de droit (cf. notamment ATF non publiés 9C_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4 in SVR 2009 IV n° 35 p. 97 et I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références), tel ne saurait être le cas lors de l'examen des conditions d'une révision. En effet, l'écoulement du temps – qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés – ne constitue pas une atteinte à la santé au sens des art. 3 et 4 LPGa (cf. ATF non publié 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 5) et ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente. À défaut, tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre à une rente entière (ATF non publié 9C_50/2010 du 6 août 2010, consid. 5). En l'espèce, le recourant est certes âgé de 60 ans aujourd'hui, il n'en demeure pas moins qu'en l'absence d'une aggravation de son état de santé, les principes énoncés ci-dessus ne permettent pas à la Cour de céans de considérer que le seul

A/90/2013 - 26/27 - changement significatif intervenu depuis la décision initiale, à savoir le vieillissement de l'intéressé, suffirait ipso facto à fonder le droit à une rente entière.

E. 17

Le recourant soutient enfin que pour la comparaison de salaires avec et sans invalidité, il conviendrait de prendre en compte son salaire réalisé chez PRO et non sur la base des données statistiques résultant de l'ESS. Ces conclusions ne sauraient être suivies. En effet, une des conditions posées par la jurisprudence pour procéder de la sorte (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), à savoir que l'assuré épuise entièrement la capacité de travail résiduelle qui lui est reconnue dans une activité adaptée, fait défaut étant donné que le recourant ne travaille qu'à 50%.

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/90/2013 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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