

## **GE\_GERICHTE ATAS/323/2018 vom 17. April 2018**

GE Cour de justice, 2018-04-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_323\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_323_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/323/2018 du 17 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/323/2018 del 17 aprile 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 42**

Le 21 août 2017, le recourant a produit ses remarques relatives à la duplique de l'intimé et a persisté dans ses conclusions tendant à la réalisation d'une expertise et/ou à la mise sur pied d'un stage de réadaptation dans le but de déterminer la capacité de travail actuelle et, partant, la capacité de gain. En effet, le recours avait pour but de démontrer que sa capacité de travail était diminuée dans une mesure plus importante que celle retenue « par erreur » par l'intimé. Cette preuve ne pouvait toutefois être apportée que par le biais d'une expertise ou d'un stage.

#### **E. 43**

Sur ce, 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 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. Le délai de recours est de trente 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. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé entre 2011, année de la dernière décision reposant sur un examen matériel de la situation, et 2017, année au cours de laquelle la décision querellée a été rendue, et sur le calcul du degré d'invalidité.

A/816/2017 - 11/19 - 5. a. Selon l'art. 17 al. 1 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. 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 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). b. À teneur de 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). Lorsqu'un assuré est déjà au bénéfice d'une rente, sa demande doit être qualifiée de demande de révision et non de nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 142/06 du 25 octobre 2006 consid. 3.1). Cela étant, la distinction opérée est avant tout théorique dès lors que l'alinéa 3 de l'art. 87 RAI renvoie aux conditions de l'alinéa 2 de cette même disposition et que la jurisprudence applique par analogie les principes développés en matière de nouvelle demande à l'entrée en matière sur la demande de révision (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 392 ch. 2.2 et les références citées). Dans un cas comme dans l'autre, les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (qui reprend pour l'essentiel l'art. 87 al. 3 et 4 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 2b). 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 108 consid. 2b). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité

A/816/2017 - 12/19 - rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b). c. 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 134 V 131 consid. 3 ; 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 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un

réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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). 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

A/816/2017 - 13/19 - 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). 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. 28 al. 2 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 ; Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 8. 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). 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

A/816/2017 - 14/19 - 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). 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. b/aa. Dans ce contexte, il y a lieu de relever que selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI). b/bb. Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis 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/cc. 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

A/816/2017 - 15/19 - 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 (arrêts 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). b/dd. À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 9. 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. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à

A/816/2017 - 16/19 - l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 10. a. En l'espèce, la décision du 13 décembre 2012 était notamment fondée sur le rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 5 juin 2002, dans lequel ce médecin a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise, debout et marche, pas de mouvements répétitifs en élévation avec les membres supérieurs, pas de port de charges de plus de 5 kg de manière répétitive et de 10 kg de manière occasionnelle, pas de position accroupie ou à genoux, pas de marche en terrain instable, pas de montée et descente répétitive et rapide des escaliers, pas de montée sur des échafaudages, pas de marche rapide et de pivots, pas de position penché en avant en porte-à-faux, pas de mouvements répétitifs avec contrainte en flexion/extension et rotations. b. En 2015, les médecins traitants du recourant ont porté à la connaissance de l'OAI une aggravation de l'état de santé de leur patient, avec notamment des limitations fonctionnelles plus marquées

ou supplémentaires : difficultés à la marche et lors du maintien de la position assise (rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2015), douleurs lors des stations prolongées en position assise ou debout ainsi qu'à la marche, impotence des membres inférieurs et asthénie (rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 24 décembre 2015), douleurs aux genoux, impossibilité de marcher sur plus de 500 mètres et de monter plus de huit marches sans s'arrêter (rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 17 février 2016). Ces rapports ont été soumis au SMR qui a retenu, dans un avis du 1er novembre 2016, que les limitations fonctionnelles s'étaient aggravées et que la profession de concierge à 60 % n'était plus exigible. L'appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée était toutefois toujours la même, à savoir 0 % dans l'activité habituelle et 60 % dans une activité habituelle. b/aa. Cela étant précisé, il s'agit d'examiner, en premier lieu, la valeur probante des rapports au dossier. Force est tout d'abord de constater que les Drs D\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ne retiennent aucune incapacité de travail en lien avec une atteinte relevant de leur spécialisation. En particulier, dans son rapport non daté, mais reçu par l'OAI en date du 2 février 2016, le Dr D\_\_\_\_\_, cardiologue, ne s'est exprimé que sur l'aspect cardio-vasculaire et renvoie, pour le reste, aux médecins traitants et autres spécialistes. Bien plus, il ne se prononce pas du tout sur la question de la capacité de travail. Quant au Dr I\_\_\_\_\_, oncologue, s'il a dans un premier temps posé, dans son rapport du 17 février 2016, des diagnostics ne relevant pas de sa spécialité et apprécié la capacité de travail, il a précisé dans son rapport du 3 septembre 2016 que l'incapacité de travail était exclusivement due aux atteintes rhumatologiques du recourant.

A/816/2017 - 17/19 - Enfin, les rapports du Dr C\_\_\_\_\_ semblent répondre à certains réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Ils n'expliquent cependant pas de manière motivée les raisons pour lesquelles la capacité de travail du recourant serait désormais nulle quelle que soit l'activité. Leur valeur probante est ainsi également amoindrie. En conclusion, la chambre de céans ne saurait dès lors se fonder sur les rapports des médecins traitants du recourant pour apprécier la capacité de travail du recourant. b/bb. Au dossier figure également l'avis du SMR du 1er novembre 2016. Il s'agit d'un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) ayant 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. Il ne peut comporter des conclusions nouvelles. Une lecture attentive de l'avis du 1er novembre 2016 permet tout d'abord de constater que le SMR a confondu les appréciations des médecins. Il a ainsi retenu que les limitations fonctionnelles s'étaient aggravées dans l'activité de concierge sur la base des constatations du Dr I\_\_\_\_\_, oncologue, lequel a lui-même admis que l'incapacité de travail était en réalité due aux atteintes orthopédiques, lesquelles ne relevaient pas de sa spécialisation. En d'autres termes, le SMR s'est fondé sur un rapport dont la valeur probante était amoindrie, rapport qu'il a attribué au Dr C\_\_\_\_\_. En outre, sans fournir la moindre explication, le SMR a considéré, d'une part, que l'activité de concierge, n'était plus exigible et d'autre part que la capacité de travail était identique à celle retenue précédemment, à savoir 0 % dans l'activité habituelle et de 60 % dans une activité adaptée. Or, comme cela ressort notamment de l'expertise de la Dresse H\_\_\_\_\_, l'activité de concierge pouvait le cas échéant être adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant (voir à cet égard l'expertise p. 21 : « l'experte lui a exposé la possibilité de tenir un bureau de tabac, pratiquer des nettoyages de bureaux, ou de tenir une conciergerie avec son épouse. Cela ne lui paraît plus tout à fait insurmontable. Faut-il encore que M. trouve la conciergerie idéale lui permettant de travailler à 60 % »). Enfin, la chambre de céans peine à comprendre – en l'absence d'explications à ce sujet – que l'augmentation des limitations fonctionnelles,

avec notamment des difficultés à maintenir les positions assise et debout prolongées, n'ait pas eu de répercussions sur la capacité de travail du recourant. Dans de telles conditions, les conclusions du SMR ne sauraient par conséquent pas non plus être suivies par la chambre de céans. c. Il découle de ce qui précède que la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier les répercussions de l'aggravation de l'atteinte et des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et, par conséquent, de déterminer le degré d'invalidité en résultant. En effet, le dossier soumis à la chambre de céans ne comporte aucune appréciation disposant d'une valeur probante suffisante.

A/816/2017 - 18/19 - Dans la mesure où l'intimé est entré en matière sur la demande de révision, il lui appartenait d'examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré était effectivement survenue. Cette instruction n'a à l'évidence pas été effectuée à satisfaction de droit. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire sur la question de l'aggravation de l'état de santé du recourant et ses répercussions sur la capacité de travail dans une activité adaptée. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 6 février 2017 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. \* \* \* \* \*

A/816/2017 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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