

## GE\_GERICHTE A/1137/2017 vom 4. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1137\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1137_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/1137/2017 du 4 décembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/1137/2017 del 4 dicembre 2017

### Erwägungen

#### E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1955, originaire du Srilanka, titulaire d'une autorisation de séjour B, puis C dès juillet 2011, marié, père de deux enfants nés en 1991 et 1997, est entré en Suisse en 1992 et a travaillé comme portier pour l'hôtel B\_\_\_\_\_ et l'hôtel C\_\_\_\_\_ et comme homme de piste pour D\_\_\_\_\_ SA (puis E\_\_\_\_\_ AG) du 15 mai 2000 au 31 août 2013, d'abord comme agent de nettoyage, puis chargeur de piste, puis dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008 comme Shuttle driver. !endif>!if> 2. Le 21 juin 2003, l'assuré a reçu dans le cadre de son travail une valise sur le dos. L'accident a été déclaré à la Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA). Il a été en incapacité de travail totale jusqu'au 30 août 2003 puis à 50 %.!endif>!if> 3. Une IRM du 22 janvier 2004 a conclu à une rupture partielle non-communicante de la surface inférieure du tendon du sus-épineux. Tuméfaction adjacente à la partie antérieure de l'apophyse coracoïde.!endif>!if> 4. Le 16 février 2004, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin de la SUVA, a fait une appréciation médicale selon laquelle les conséquences de l'accident au niveau lombaire étaient terminées et la pathologie de l'épaule gauche n'était pas en relation avec l'accident. !endif>!if> 5. À la demande du Dr F\_\_\_\_\_, le 19 février 2004, le docteur F\_\_\_\_\_ a conclu à une épaule gauche (selon IRM du 21 janvier 2004) sans anomalie traumatique décelable, avec une omarthrose débutante et arthrose acromio-claviculaire.!endif>!if> 6. Le 12 mars 2004, la SUVA s'est entretenu avec l'assuré lequel a observé que le 21 juin 2003 il avait eu son membre supérieur gauche étiré suite à la réception d'une valise sur le dos et avait chuté sur le côté gauche ; il avait tenté une reprise à 50 % mais était en incapacité de travail totale depuis le 27 février 2004 ; il ressentait des douleurs au bas du dos et à l'épaule gauche. !endif>!if> 7. Le 24 mai 2004, les docteurs G\_\_\_\_\_, médecin-traitant, et H\_\_\_\_\_, médecin répondant, de la permanence chirurgicale de Chantepoulet ont écrit à l'Helsana assurances SA, assureur perte de gain maladie (ci-après : l'Helsana) que l'assuré avait été victime d'un accident le 21 juin 2003 et que selon l'IRM de l'épaule gauche du 21 janvier 2004, il présentait une rupture partielle de la surface inférieure du tendon du sus-épineux, et selon l'IRM du genou gauche du 29 avril 2009, une déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne. Une arthroscopie était programmée le 8 juin 2004 ; l'incapacité de travail était totale.!endif>!if> 8. Par décision du 4 août 2004, la SUVA a considéré que les atteintes persistantes n'étaient plus en lien avec l'accident et que le versement de l'indemnité journalière et des soins médicaux cessait au 31 décembre 2003.!endif>!if> 9. Le 13 juillet 2004, les Dr G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont écrit à la SUVA que l'assuré

avait été victime d'un accident le 23 juin 2003 (une boîte lui était tombée sur le dos) et le 10 septembre 2003 (il s'était coincé le dos avec une valise).! [endif]>! [if> 10. Le 23 août 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.! [endif]>! [if> 11. Le 2 septembre 2004, le service d'orthopédie et de chirurgie des Hôpitaux Universitaire de Genève (ci-après : HUG) a rempli un rapport médical AI attestant d'une « déchirure membre inférieur gauche » et tendinopathie de la coiffe à gauche depuis juin 2003 entraînant une incapacité de travail totale ; l'assuré présentait des douleurs à l'épaule et au genou gauches et avait subi une ménissectomie interne en juillet 2004.! [endif]>! [if> 12. Le 22 février 2005, les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont rempli un rapport médical AI attestant d'une rupture partielle du tendon du sus-épineux du pouce gauche et d'une déchirure grade III du ménisque du genou gauche suite à l'accident. ! [endif]>! [if> 13. Le 22 décembre 2005, l'Office cantonal de l'emploi a déclaré l'assuré inapte au placement dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005.! [endif]>! [if> 14. Une IRM de l'épaule du 6 février 2006 a conclu à l'absence de lésion de la coiffe des rotateurs. ! [endif]>! [if> 15. Le 16 juin 2006, l'assuré a été examiné par le docteur I\_\_\_\_\_ du SMR, lequel a rendu un rapport le 1<sup>er</sup> septembre 2006. Il a posé les diagnostics suivants :! [endif]>! [if> - Avec répercussion sur la capacité de travail : conflit sous-acromial gauche chronique avec début d'omarthrose gauche, arthrose acromio-calviculaire gauche M19.0.! [endif]>! [if> - Sans répercussion sur la capacité de travail : gonarthrose interne gauche débutante, lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de spondylose lombaire. ! [endif]>! [if> Concernant l'épaule gauche, il n'y avait pas de signe de rupture de coiffe : il existait une discordance entre les allégations de l'assuré qui épargnait le plus possible son membre supérieur gauche et l'absence de fonte musculaire qui montrait que l'assuré l'utilisait davantage. La boiterie gauche démonstrative était difficilement corrélable à l'importance de l'atteinte clinique. Il a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : - Epaule gauche : travaux répétés et attitudes soutenues au-dessus de l'horizontal ; port de charges avec le membre supérieur gauche supérieur à une dizaine de kilos ; soulèvement de charges de plus de cinq à sept kilos.! [endif]>! [if> - Genou gauche : position à genou ou accroupie prolongée. Les éléments radiocliniques ne permettaient pas de retenir une limitation du périmètre de marche. ! [endif]>! [if> La capacité de travail était totale dans une activité adaptée depuis septembre 2004. 16. Le 3 octobre 2006, le Service Médical Régional de l'AI a estimé qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée depuis septembre 2004.! [endif]>! [if> 17. Une IRM de la colonne cervicale du 30 octobre 2006 a conclu à une rectitude cervicale. Dégénérescence multi-étagée essentiellement en C4-C5 et C5-C6 avec ostéophytose ventrale. Discret épaissement des tissus mous paravertébraux surtout au niveau de C6.! [endif]>! [if> 18. Le 26 janvier 2007, les docteurs J\_\_\_\_\_, chef de clinique, et K\_\_\_\_\_, médecin interne au service de neurorééducation des HUG, ont rendu un rapport AI attestant de douleurs à l'épaule gauche avec limitations fonctionnelles liées à la rupture partielle du tendon du muscle sus-épineux gauche, gonalgies gauches, douleurs à un doigt gauche en raison d'arthrose, cervicobrachialgies gauches en lien avec des troubles dégénératifs et lombalgies, liées aussi à des troubles dégénératifs. L'assuré ne pouvait utiliser son bras gauche et travaillait à 50 % en utilisant seulement le bras droit, capacité de travail maximum exigible. ! [endif]>! [if> 19. Le 20 mars 2007, les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ ont rendu un rapport attestant de diagnostic de rupture partielle du tendon du muscle sus-épineux gauche ; cervico-brachialgies chroniques gauches depuis 2003, dans le cadre de troubles dégénératifs ; lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs ; gonalgies gauches sur gonarthrose ; status post ménissectomie interne partielle du genou gauche en

2004 ; arthrose interphalangienne distale du cinquième doigt gauche. Un traitement conservateur était ordonné. Le bras gauche n'était pas utilisé dans les activités de la vie quotidienne ; ils proposaient l'octroi d'une rente AI à 50 % !

20. Le 23 mai 2007, le docteur L\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'IRM de l'épaule gauche du 6 février 2006 ne montrait pas de rupture du sus-épineux gauche. Si un document attestait cette rupture il faudrait modifier les limitations fonctionnelles (port de charge limité à 5 kg et soulèvement de charge à 2-3 kg) mais pas les capacités de travail telles qu'elles étaient notées dans le rapport d'examen SMR du 3 octobre 2006 !

21. Le 11 juillet 2007, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 10 % !

22. Par projet du 11 juillet 2007, l'OAI a alloué au recourant une rente entière d'invalidité du 20 juin 2004 au 31 décembre 2004, fondée sur une incapacité de travail totale dès le 21 juin 2003 et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès septembre 2004 !

23. Le 10 août 2007, le SMR a constaté que le mandat n'avait plus lieu d'être, vu le projet de décision de l'OAI !

24. Le 7 septembre 2007, le Dr K\_\_\_\_\_ a contesté auprès de l'OAI l'évaluation d'une capacité de travail de 100 % et communiqué une arthro-IRM et une IRM du 24 août 2007 montrant des déficits créant un handicap à hauteur de 50 % dans l'activité actuelle !

25. Une IRM cervico dorso-lombaire du 24 août 2007 a conclu à une discopathie protrusive C5-C6 à prédominance para-médiane droite, pouvant éventuellement être à l'origine d'une irritation radiculaire C6 droite. Discrets remaniements dégénératifs disco-vertébraux C4-C5, C6-C7 et C7-D1, sans image de conflit radiculaire. Discrètes discopathies L4-L5 et L5-S1 sans image de conflit disco-radiculaire. Discrète arthrose inter-facettaire bilatérale étagée de L3-L4 à L5-S1. Pas d'anomalie de signal intra-médullaire objectivable !

26. Une arthro-IRM de l'épaule gauche du 24 août 2007 a conclu à des données arthrographiques et arthro-IRM de l'épaule gauche sans argument en faveur d'une lésion de la coiffe des rotateurs !

27. Le 15 novembre 2007, le Dr I\_\_\_\_\_ a rendu un avis selon lequel il convenait, au vu de l'IRM du 24 août 2007, d'élargir les limitations fonctionnelles, soit pas de mouvements répétés de la nuque en flexion-extension, pas d'attitude en extension prolongée, pas de mouvement rapide en rotation de la nuque. Il n'y avait pas de changement de la capacité de travail dans une activité adaptée mais l'adéquation du poste de machiniste devait être revue avec un spécialiste de la réadaptation !

28. Le 30 avril 2008, le docteur M\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le taux d'activité était de 25 % dans l'activité actuelle et de 100 % dans un poste adapté depuis septembre 2004 !

29. Le 11 juillet 2008, la réadaptation professionnelle a indiqué qu'une aide au placement pourrait être proposée à l'assuré. Le degré d'invalidité était de 10 % !

30. Par décision du 25 juillet 2008, l'OAI a alloué au recourant une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin au 31 décembre 2004 !

31. Le 16 mai 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations !

32. Le 21 juin 2016, le docteur N\_\_\_\_\_, orthopédiste, institut médico-chirurgical de Champel, a attesté d'importantes gonalgies droites, suite à deux arthroscopies résection du ménisque ; un poste de travail avec station debout était impossible !

33. Le 21 juillet 2016, le Dr G\_\_\_\_\_ a attesté du fait que l'assuré ne pourrait jamais exercer une activité lucrative. Il a posé les diagnostics de HTA oscillante-sous atacad 16/12.5 une fois par jour ; diabète de type 2 – sous jardiance met deux fois par jour ; hypercholéstérolémie-atorvastatine 40 une fois par jour ; obésité associée-poids 88 kgs, taille : 1.68 avec abdomen proeminent ; syndrome douloureux sacro-lombaire, (post-traumatique) chronique, récidivante. – sous voltarène et physiothérapie ; pour déchirure méniscale et chondropathie fémoropatellaire grade 4, a été

opéré du genou gauche déjà deux fois, une troisième opération est prévue dans deux mois, genou gauche douloureux, oedématisé, mobilité limitée. 34. Le 23 septembre 2016, le docteur O\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, a attesté d'un varus bilatéral plus marqué à droite très algique de sorte que l'intervention (ostéotomie) n'était en l'état pas possible. 35. Le 8 novembre 2016, la réadaptation a confirmé le taux d'invalidité de 10 %, une aide au placement pouvait éventuellement être accordée à l'assuré. 36. Par projet de décision du 18 novembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations. 37. Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations. 38. Le 30 mars 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 1<sup>er</sup> mars 2017 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière ou partielle dès le 3 juin 2016, au motif qu'il souffrait d'une arthrose de l'épaule gauche ainsi que de troubles dégénératifs globaux au niveau de la charnière cervico-dorso-lombaire. Il a complété son recours le 2 mai 2017 en faisant valoir que sa santé s'était considérablement dégradée depuis 2008 par une atteinte au genou droit, attestée par les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, l'obligeant à se déplacer avec des cannes ; il n'avait à tort pas été examiné par un médecin de l'OAI ; il a conclu principalement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour déterminer sa capacité de travail résiduelle ou à l'octroi d'une rente AI entière dès le 3 juin 2016, et, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise. 39. Le 23 mai 2017, le Dr P\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que la nouvelle atteinte au genou droit ne pouvait que justifier les nouvelles limitations fonctionnelles retenues (travail sédentaire sans activité debout) ; un travail sédentaire était possible. 40. Le 29 mai 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et a observé que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne pouvaient pas être pris en compte ; il s'est rallié à l'avis du SMR du 23 mai 2017 en concluant au rejet du recours. 41. Le 3 juillet 2017, le recourant a répliqué en observant que l'OAI ne pouvait se prononcer sur ses limitations fonctionnelles sans qu'il ait été examiné par le SMR et sans avoir eu connaissance de l'entier de son dossier médical. 42. Le 4 septembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : « Depuis 2008 j'ai travaillé à 50 % et j'ai été opéré du ménisque au genou droit et je dois également être opéré du genou gauche. J'ai de la difficulté à marcher et de rester assis longtemps. Je vais devoir mettre une prothèse au genou droit. Mon médecin a dit que c'était trop tôt pour effectuer cette opération. Avant je portais des bagages, ensuite mon travail a été modifié et j'étais conducteur de navette à 100 % jusqu'en août 2013. Je ne portais plus de charge, j'effectuais uniquement de la conduite de navette. J'ai des problèmes aux deux genoux ainsi que des douleurs aux dos et à l'épaule gauche. Je marche avec des cannes mais le médecin me conseille de ne pas les utiliser tout le temps pour renforcer les muscles des jambes. Je suis suivi par le Dr N\_\_\_\_\_ et par le Dr G\_\_\_\_\_. Je les vois régulièrement. Je m'estime incapable de travailler. Je peux faire des petits travaux mais je ne peux rien porter. Depuis l'opération de mon genou droit je ne peux conduire que des voitures automatiques. Les navettes sont automatiques. Cependant même si je pouvais réintégrer mon ancien travail je ne sais pas si je pourrais travailler à 100 % car je dois encore me faire opérer du genou gauche. Je suis limité également dans la conduite car j'ai des douleurs au dos et je ne peux pas rester assis très longtemps. Je conduis de temps à autres ma voiture qui est automatique sur de courtes distances. La plupart du temps c'est ma fille qui conduit ma voiture. J'ai des problèmes de dos depuis l'accident où j'ai

reçu une valise sur le dos. Mes douleurs au dos s'aggravent durant l'hiver et s'améliorent en été. La douleur est la même depuis l'accident avec des variations qui m'obligent parfois à faire de la physiothérapie et à prendre des médicaments que je prends de façon continue. Lorsque je marche avec les cannes cela m'occasionne des douleurs au dos et aux épaules. » L'avocat du recourant a déclaré : « Je fournis ce jour le rapport d'intervention chirurgicale du 26 janvier 2016, ainsi qu'un rapport d'imagerie du 14 août 2017. L'état de santé devrait être examiné dans sa globalité tant du point de vue des problèmes du dos tant que ceux du genou, en particulier le recourant ne peut plus du tout exercer une activité en position debout ce qui n'était pas le cas en 2008 lors de la première décision AI. » La représentante de l'intimé a déclaré : « Sans aggravation notable de l'état de santé au moment de la nouvelle demande de prestation, c'est-à-dire en présence de mêmes limitations fonctionnelles la question de l'âge n'est pas examinée car celui-ci ne constitue pas à lui seul un motif de révision. C'est pour cette raison que le gestionnaire n'a pas jugé utile de faire examiner par la réadaptation la question de l'exigibilité d'une activité vu l'âge du recourant. » 43. Sur quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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. 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. 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. 56 ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1 bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

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

7. 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).

8. 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. 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). 8. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1).

!endif]>![if> Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

9. En l'occurrence, le recourant a été examiné par le Dr I\_\_\_\_\_, du SMR, le 16 juin 2006, lequel a rendu un rapport le 1<sup>er</sup> septembre 2006, faisant état, avec répercussion sur la capacité de travail, de limitations uniquement à l'épaule gauche, les limitations du genou gauche ainsi que les lombalgies chroniques n'étant pas reconnues comme incapacitantes.![endif]>![if> Postérieurement à cet examen, les Drs Q\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ ont attesté d'un diagnostic de rupture partielle du tendon du muscle sus-épineux gauche, de cervico-brachialgies chroniques, de gonalgies gauches, de douleurs à un doigt gauche et de lombalgies limitant la capacité de travail à 50% (avis des 26 janvier, 20 mars et 7 septembre 2007). Le Dr I\_\_\_\_\_ a étendu le 15 novembre 2007 les limitations fonctionnelles du recourant (pas de mouvements répétés de la nuque en flexion-extension, pas d'attitude en extension prolongée, pas de mouvements répétés en rotation de la nuque) et le Dr M\_\_\_\_\_ a estimé le 30 avril 2008 une capacité de travail de 25% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 16 mai 2016, le recourant a fait état de nouvelles atteintes, soit d'importantes gonalgies droites, suite à deux arthroscopies (avis du Dr N\_\_\_\_\_ du 21 juin 2016), d'un varus bilatéral plus marqué à droite, très algique avec douleurs persistantes post-opératoires (avis du Dr O\_\_\_\_\_ du 23 septembre 2016) et d'une incapacité de travail totale (avis du Dr G\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2016). Le Dr P\_\_\_\_\_ du SMR a estimé le 23 mai 2017 qu'un travail sédentaire était possible. La chambre de céans constate que, compte tenu des nouvelles atteintes au genou droit du recourant, du diagnostic de rupture partielle du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche ainsi que des cervicobrachialgies, lombalgies et douleurs à un doigt gauche, jugés incapacitants par ses médecins traitants, ainsi que du fait que le recourant se déplace dorénavant avec des cannes, il convient de constater que l'état de santé du recourant s'est très vraisemblablement aggravé depuis la dernière décision de l'intimé du 25 juillet 2008 et nécessite une nouvelle évaluation médicale, celle menée par l'intimé

auprès du Dr I\_\_\_\_\_ du SMR étant très ancienne (16 juin 2006) et ne pouvant concerner l'aggravation de l'état de santé subséquente. Par ailleurs, l'intimé n'a pas procédé à une évaluation médicale dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du recourant, les avis du SMR des 15 novembre 2007, 30 avril 2008 et 23 mai 2017 étant succincts et effectués sur dossier, sans examen du recourant. En conséquence, il convient – comme le recourant y a conclu - de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède à une instruction médicale du cas et rende une nouvelle décision. 10. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.-. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; 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 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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.