

## GE\_GERICHTE A/211/2016 vom 26. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_211\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_211_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/211/2016 du 26 octobre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/211/2016 del 26 ottobre 2016

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.10.2016  
A/211/2016

A/211/2016 ATAS/864/2016 du 26.10.2016 ( AI ) , ADMIS/RENVOI En fait En droit  
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/211/2016 ATAS/864/2016  
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 26 octobre 2016 4 ème  
Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à PERLY 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  
en 1955, a travaillé en qualité de chauffeur au service des B\_\_\_\_\_ du 3 septembre 1973 au  
31 décembre 1993, date à laquelle il a démissionné pour exploiter en qualité d'indépendant  
un atelier de mécanique automobile. 2. L'assuré a déposé en date du 22  
février 1996 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de  
l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant une scoliose et une hernie  
discale chronique calcifiée. 3. Après avoir requis divers renseignements  
médicaux auprès de la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et  
médecin traitant de l'assuré, l'OAI a confié une expertise au docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste  
FMH en médecine interne et maladies rhumatismales. Dans son rapport du 17  
décembre 1998, l'expert a diagnostiqué des lombo-sciatalgies droites et des troubles  
statiques avec une inégalité des membres inférieurs de deux centimètres en défaveur de la  
droite, qui entraînait une inclinaison du rachis vers la droite. Sur le plan neurologique, le  
médecin a constaté une dysesthésie du talon droit. Il a notamment relevé que l'assuré ne  
suivait pas de traitement et n'avait jamais eu recours à la physiothérapie. Le Dr D\_\_\_\_\_ a  
conclu à une capacité de travail totale si l'assuré parvenait à adapter sa gestuelle et changer  
fréquemment de positions, ce qui devait pouvoir être le cas dans son activité indépendante.  
S'agissant de la capacité de travail en tant que chauffeur de poids lourds, l'expert a dit que  
le changement de poste intervenu en 1993 était probablement justifié compte tenu du fait de  
l'anamnèse, de la station assise prolongée et du port de charges relativement lourdes dans  
l'activité de chauffeur. Cependant, la capacité de travail semblait totale dans le secteur de la  
mécanique, surtout eu égard au statut d'indépendant de l'assuré, qui pouvait gérer lui-même  
ses contraintes physiques. 4. Par décision du 3 septembre 1999, l'OAI a rejeté la  
demande de prestations de l'assuré, considérant que son état de santé n'entraînait aucune  
diminution de sa capacité de travail à condition d'adapter sa gestuelle et de changer  
fréquemment de position. 5. Le recours interjeté par l'assuré à l'encontre  
de la décision du 3 septembre 1999 a été rejeté par la Commission cantonale de recours  
AVS/AI, alors compétente, par jugement du 19 décembre 2000. Elle a retenu que l'assuré  
ne présentait pas d'incapacité de gain en relation avec son état de santé. Il n'y avait ainsi pas  
d'invalidité au sens de la loi. 6. Dans un rapport établi en date du 18  
décembre 2006, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en

angiologie, a diagnostiqué une insuffisance artérielle chronique des membres inférieurs bilatérale sévère stade IIB à III sur des lésions proximales aorto-iliaques. Une artériographie était programmée. !endif]>![if> 7. L'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 11 septembre 2007, visant à l'octroi d'une rente. Il a fait état de problèmes cardiovasculaires et d'une opération cardiaque intervenue aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en date du 16 mai 2007. !endif]>![if> 8. Dans un rapport médical du 19 décembre 2007, la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une insuffisance artérielle des membres inférieurs stade IIB et III opérée en mai 2007, des hernies discales lombaires et une arthrose diffuse, ces atteintes ayant une incidence sur la capacité de travail. L'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie traitées étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Selon le médecin, l'assuré avait été en incapacité de travail de 60 % du 15 janvier 2007 au 15 mars 2007, à 100 % du 15 mai 2007 au 16 septembre 2007, et à 60 % depuis le 17 septembre 2007 pour une durée indéterminée. Dans l'activité de mécanicien auto-moto, l'incapacité de travail était de 100 %. Le médecin a indiqué que l'assuré ne pouvait plus exercer son travail de mécanicien, qu'il présentait une diminution de rendement de 60 %, mais qu'une autre activité était exigible, par exemple celle de chauffeur scolaire. Cette activité peut être exercée à raison de quatre heures par jour, sans diminution de rendement. L'assuré pouvait exercer une activité sans port de charges qui permettait le changement de positions. !endif]>![if> 9. L'assuré a séjourné du 15 au 25 mai 2007 dans le service de chirurgie cardiovasculaire des HUG. Les médecins ont diagnostiqué un syndrome de Leriche avec occlusion de l'artère iliaque droite et sténose serrée de l'artère iliaque gauche, un status post orchite et épидидymite en 2002, ainsi qu'un ancien tabagisme chronique. Les médecins ont pratiqué le 16 mai 2007 un pontage aorto-bifémoral. !endif]>![if> 10. Le scanner abdominal pratiqué le 16 juillet 2007 a révélé un status post-pontage aorto-bifémoral parfaitement perméable, sans signes de fuite de produit de contraste. La présence de plaques athéromateuses hypodenses au niveau de l'aorte abdominale sous-rénale et une discrète hypertrophie prostatique avec de discrets signes de vessie de lutte étaient mis en évidence. Les autres données étaient sans anomalies significatives. !endif]>![if> 11. L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et chirurgical, pratiqué au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) en date du 24 juin 2008, où il a été examiné par les docteurs G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale. A l'issue de leur examen clinique, les médecins ont posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de lombo- et pseudo-sciatalgies à bascule sur troubles statiques et dégénératifs avec raccourcissement du membre inférieur droit et troubles dégénératifs sous forme de protrusion discale et hernie discale L5-S1 calcifiées ; de douleurs chroniques à caractère mécanique du membre supérieur droit sur flexum irréductible du coude sur probables troubles dégénératifs ; d'arthroses métacarpo-phalangiennes des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> rayons avec phénomène inflammatoire ; de probable périarthrite de hanche ; de scapulalgies par intermittence gauche sur vraisemblable syndrome de la coiffe des rotateurs à caractère dégénératif ; et de faiblesse et douleurs de la paroi abdominale sur status cicatriciel après pontage aorto-bifémoral. Les atteintes sans incidence sur la capacité de travail consistaient en un tabagisme chronique avec vraisemblable bronchopneumonie chronique obstructive (BCPO) secondaire ; en antécédents d'insuffisance artérielle de stade IIB, traitée par pontage aorto-bifémoral en mai 2007 ; en une hypertension artérielle traitée et une hypercholestérolémie. L'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de

port de charges supérieures à 2.5 kg au niveau du membre supérieur droit, de façon répétitive et occasionnelle de 5 kg, pas de mouvements en antépulsion au-delà de 60° et de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assis-debout au minimum une fois, pas de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, pas de montée et descente des escaliers à répétition, pas d'exposition au froid et pas de travail sur terrain instable. Les médecins ont conclu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 40 % dans son activité habituelle depuis janvier 2007 et qu'une incapacité totale de travail en relation directe avec l'intervention de chirurgie vasculaire subie pouvait être admise du 15 mai 2007 au 19 septembre 2007. Les médecins considéraient que la capacité de travail était à nouveau de 60 % dans l'activité habituelle depuis octobre 2007. En revanche, dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100 %, sans diminution de rendement, depuis octobre 2007. !endif>![if> 12. Dans son avis du 30 juillet 2008, la docteure I \_\_\_\_\_ , médecin au SMR, a repris les conclusions des Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ .!endif>![if> 13. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré en date du 2 janvier 2009. S'agissant du revenu sans invalidité, eu égard aux très faibles revenus réalisés, il s'est référé au revenu statistique dans le métier de mécanicien sur automobile tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, TA 7, ligne 12) de 2006 pour une activité de niveau 4, soit CHF 66'666.- après indexation à 2007 et prise en compte d'une durée normale de travail de 41.7 heures. Le revenu avec invalidité se fondait sur le revenu tiré d'activités simples et répétitives de niveau 4 (ESS 2006, ligne Total) à 100 %, avec un abattement de 10 %. Adapté à la durée normale de travail et indexé, le revenu avec invalidité s'élevait à CHF 54'959.-. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 17.6 %. !endif>![if> 14. Le 22 janvier 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus de prestations, le degré d'invalidité retenu étant de 18 %. !endif>![if> 15. La Dresse F \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI par courrier du 20 février 2009 qu'elle ne comprenait pas le projet de décision et souhaitait faire recours. !endif>![if> 16. Par décision du 25 mars 2009, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision.!endif>![if> 17. Saisi d'un recours interjeté par l'assuré à l'encontre de la décision de l'OAI, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), alors compétent, a entendu la Dresse F \_\_\_\_\_ en date du 11 novembre 2009.!endif>![if> Ce médecin a déclaré qu'elle suivait l'assuré depuis le mois d'octobre 2007. L'hypertension et l'hypercholestérolémie étaient traitées et sous contrôle. L'assuré présentait surtout des douleurs résiduelles des membres inférieurs, qui étaient probablement des douleurs neuropathiques dues à l'insuffisance artérielle ainsi qu'à la hernie discale. Elle a indiqué que l'assuré avait tenté d'augmenter son temps de travail, mais que les douleurs avaient augmenté à chaque fois et qu'il avait dû à nouveau diminuer le temps de travail. En outre, de nouvelles pathologies étaient survenues, telles qu'une arthrose des deux mains prédominante à droite, traitée depuis le début 2009 par le docteur J \_\_\_\_\_ , spécialiste FMH en chirurgie de la main, puis une déchirure du ménisque interne du genou droit, à la suite d'un accident survenu en mars 2009, avec une indication opératoire posée. L'assuré souffrait également de polyarthrose, notamment dans le dos, les mains et les genoux, connue de longue date, et allant en s'aggravant. Compte tenu de toutes ses pathologies, le témoin considérait que l'assuré ne pouvait plus travailler comme mécanicien sur moto. Dans une activité respectant strictement ses limitations, la capacité de travail serait de 40 %, voire 50 %, ainsi qu'elle avait pu le constater lors du placement par l'assurance-chômage. L'assuré avait une réelle volonté de travailler. 18. Lors de son

audition le 11 novembre 2009, le Dr J \_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré présentait en mai 2009 une tendinite de De Quervain du poignet droit, une neuropathie du nerf radial ainsi qu'une exostose. Le témoin avait pratiqué une infiltration, qui s'était révélée peu efficace, et avait proposé une résection de l'exostose. L'assuré était limité dans ses mouvements en raison des douleurs. Le praticien a indiqué que l'assuré présentait vraisemblablement un status arthrosique depuis plus d'un an avant la première consultation d'avril 2009. Les problèmes du bras droit handicapait l'assuré assez fortement dans son activité de chauffeur pour personnes handicapées, avec une diminution de rendement de l'ordre de 30 %. L'assuré était droitier et était ainsi limité même dans une activité complètement adaptée, dès lors que la tendinite, et par conséquent l'incapacité de travail, étaient fluctuantes. Le Dr J \_\_\_\_\_ considérait néanmoins qu'une activité à plus de cinq heures par jour était difficile. Après l'intervention, l'assuré pouvait récupérer un poignet tout à fait normal et une capacité de travail totale, sans diminution de rendement, après un arrêt de travail d'environ cinq semaines. ![/endif]>![if> Egalement entendu le 11 novembre 2009, l'assuré a exposé qu'il n'avait pas refusé l'intervention du poignet, mais qu'il attendait de voir ce qui allait se passer avec le genou qu'il fallait opérer. Il y avait cinq mois d'attente à l'hôpital. Son accident avait eu lieu le 23 mars 2009 et avait été pris en charge par son assurance-accidents, la Suva. 19. Dans son avis du 24 novembre 2009, la docteure K \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a indiqué qu'elle partageait l'avis de la Dresse F \_\_\_\_\_, selon lequel l'activité de mécanicien sur moto n'était plus possible. En revanche, le SMR persistait à considérer qu'une activité adaptée, respectant strictement les limitations fonctionnelles, était possible à 100 %. L'activité de chauffeur dans le transport de personnes exercée par le recourant n'était pas entièrement adaptée, dès lors qu'elle impliquait des efforts plus importants par moments, mais également peut-être la manipulation à l'intérieur du véhicule. Quant à l'exostose du poignet droit, elle entraînait certainement une incapacité de travail plus importante dès le 1<sup>er</sup> avril 2009 si l'assuré devait utiliser son membre supérieur droit. Une intervention chirurgicale aboutirait à la récupération totale de la fonction du poignet droit et une pleine capacité de travail en lien avec l'utilisation du membre supérieur droit. ![/endif]>![if> 20. Par arrêt du 21 avril 2010 ( ATAS/423/2010 ), le Tribunal a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. ![/endif]>![if> Il a retenu que tous les médecins s'accordaient à reconnaître que l'activité antérieure n'était plus possible, leurs appréciations sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée divergeant toutefois. Au plan médical, les angiologues et les chirurgiens cardio-vasculaires ne s'étaient pas prononcés sur la capacité de travail de l'assuré. Les causes et l'importance de la neuropathie des membres inférieurs n'avaient en outre pas été suffisamment investiguées. Par ailleurs, l'OAI n'avait pas tenu compte des nouvelles atteintes apparues depuis le début de l'année 2009, notamment la tendinite de la main droite. Le Tribunal n'était ainsi pas en mesure de statuer en l'état du dossier, 21. Dans son avis du 6 septembre 2010, le docteur L \_\_\_\_\_ du SMR a préconisé une expertise avec volets d'angiologie, de médecine interne et de rhumatologie. ![/endif]>![if> 22. L'OAI a confié une expertise multidisciplinaire à la Policlinique médicale universitaire, laquelle a été réalisée par les docteuses M \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_, spécialistes FMH en médecine interne, et O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. ![/endif]>![if> Dans leur rapport du 23 décembre 2010, ces médecins ont résumé le dossier de l'assuré, avant de procéder à son anamnèse et de relater ses plaintes. L'assuré avait des lourdeurs et des crampes dans la jambe, augmentant lors de la marche rapide et de la montée d'escaliers. Il avait également mal au membre supérieur droit, avec des décharges

électriques et des paresthésies. Il présentait des douleurs très occasionnelles du genou gauche, sans blocage ni lâchage, n'induisant pas de limitation fonctionnelle. Il avait des douleurs de l'épaule gauche par intermittence depuis 2006, qui ne le gênaient pas au quotidien, et enfin des douleurs des plis inguinaux, ainsi qu'une faiblesse de la paroi abdominale à l'endroit de la cicatrice. Les expertes ont procédé à un status clinique complété par des examens radiologiques. Dans ce cadre, l'assuré a eu une consultation de rhumatologie auprès du docteur P \_\_\_\_\_. A l'issue de son examen, ce dernier a posé les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques avec trouble dégénératif, statique, discopathies L4-L5 et L5-S1, de gonalgies droites chroniques non spécifiques et d'arthrose métacarpo-phalangienne du pouce des deux côtés. Le rhumatologue a indiqué que l'assuré présentait une symptomatologie douloureuse touchant la colonne lombaire, le genou droit et les coudes, ainsi que le poignet et la métacarpo-phalangienne du 3<sup>ème</sup> doigt de la main droite. Les douleurs de la main droite n'étaient cependant pas mises en avant par l'assuré. Le rhumatologue disait n'avoir aucun élément actuellement pour une neuropathie cubitale ni pour une ténosynovite de De Quervain. Il existait des signes d'arthrose des pouces avec une prédominance à droite, de l'inter-phalangienne distale de l'index droit, et peut-être un discret signe d'arthrose du coude droit avec comme diagnostic différentiel éventuel une chondromatose du coude droit avec discrète limitation fonctionnelle à la limite du significatif. Au plan rhumatologique, les limitations étaient les activités avec exposition aux vibrations corporelles, en tout cas à plus de 40 %, ce qui excluait les activités de chauffeur-livreur ou de chauffeur d'un véhicule de tourisme ou d'un poids-lourd. Il en allait de même pour toutes les activités professionnelles nécessitant l'utilisation continue et en majeure partie du temps des mains, notamment des mouvements fins. De même, l'activité de mécanicien ne paraissait pas adaptée et devrait être limitée à 50 % au plus. Pour des activités ne sollicitant pas des mouvements répétitifs de flexion-extension en pronation-supination du coude, ne nécessitant pas une force de préhension des mains ou d'autres travaux de force avec les membres supérieurs, la capacité de travail était de 70 % en tenant compte d'une diminution de rendement. La Dresse O \_\_\_\_\_ n'a quant à elle retenu aucun diagnostic d'ordre psychique. Elle a noté que l'assuré présentait certainement des traits borderline avec une tendance à l'impulsivité. Il avait toutefois réussi à canaliser et à se discipliner pour les choses essentielles. Il s'était choisi une existence un peu marginale en tant qu'indépendant en se formant sur le tas, ce qui était une manière de s'adapter à son caractère. Pour ces raisons, le diagnostic de trouble de la personnalité n'était pas retenu, même si l'on pouvait tenir compte de cet aspect du caractère dans le cadre d'une réinsertion professionnelle. Les expertes ont posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail d'insuffisance artérielle des membres inférieurs de stade IIb et III opérée par pontage aorto-bifémoral en mai 2007, avec occlusion des artères fémorales superficielles des deux côtés constatée dès 2010 ; d'arthrose des métacarpo-phalangiennes des pouces avec prédominance à droite et de l'interphalangienne distale de l'index droit, discrète arthrose du coude droit ; et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non spécifiques avec troubles dégénératifs et statiques, de discopathies L4-L5 et L5-S1, de gonalgies droites chroniques non spécifiques, avec antécédents de probable lésion méniscale interne du genou droit en mars 2009, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie traitées. Dans leur appréciation, les expertes ont noté que l'anamnèse et l'examen clinique allaient dans le sens d'une progression de la maladie artérielle, comme le révélaient les scanners et écho-dopplers tout récents réalisés aux HUG et par la Dresse E \_\_\_\_\_. Il y avait l'apparition d'un gradient

significatif en tout cas à droite, avec visualisation d'une occlusion complète des artères fémorales superficielles des deux côtés, ce qui était en corrélation avec la symptomatologie algique dont se plaignait l'assurée, qu'il décrivait comme nettement aggravée depuis début 2010. En cas de nouvelle revascularisation chirurgicale, dont la nécessité devait prochainement être évaluée, il faudrait s'attendre à une incapacité de travail de quelques mois avec alors bon espoir d'améliorer les symptômes et de conserver une capacité de travail d'au moins 50 %, voire complète dans une activité adaptée qui permettrait un changement de position toutes les heures, comme celle de chauffeur. Avec ou sans revascularisation, l'activité en tant que mécanicien ne paraissait pas adaptée au vu des positions difficilement compatibles avec une circulation vasculaire optimale. Les lombalgies, présentes de longue date, s'étaient peu modifiées depuis la fin des années 90, période à laquelle elles n'avaient pas été jugées invalidantes. Elles n'étaient pour l'heure pas gênantes au quotidien. Une radiographie du bassin récente n'avait pas mis en évidence de coxarthrose significative. En ce qui concernait l'accident avec torsion du genou droit, les expertes partageaient l'appréciation du chirurgien orthopédiste des HUG, qui préconisait un traitement conservateur au vu du peu de symptômes algiques. L'assuré mettait en avant les douleurs du membre supérieur droit depuis le coude et au pouce droit, en relation avec l'arthrose des articulations métacarpo-phalangienne des pouces. Il n'y avait pas de signe de tendinite de De Quervain à droite et l'examen clinique ne montrait pas non plus de signe évident d'une neuropathie cubitale de l'avant-bras droit, bien que l'assuré se plaigne par moments de paresthésies de la face externe du bras jusqu'à la main. Cette symptomatologie et l'arthrose des mains étaient limitantes dans l'activité de mécanicien, à tout le moins à plus de 50 %. Toutes les activités nécessitant l'utilisation continue des mains étaient également contre-indiquées, de même que les activités avec exposition aux vibrations corporelles, soit celles de chauffeur-livreur ou de chauffeur de taxi, qui étaient limitées à 40 %. L'activité de chauffeur de poids-lourd était totalement proscrite. Les limitations fonctionnelles étaient néanmoins légères et une activité adaptée, respectant les limitations citées et ne sollicitant pas de mouvements répétitifs de flexion-extension en pronation-supination du coude ou une force de préhension des mains, ou tout travail de force avec les membres supérieurs, restait exigible au moins à 70 %, comme par exemple un travail de mécanique légère en atelier. Une telle activité serait par ailleurs aussi compatible avec le problème artériel. Les travaux lourds, le port de charges et la marche prolongée étaient contre-indiqués, même si la marche en soi était recommandée au vu de l'insuffisance artérielle. La capacité de 70 % existait depuis le début de l'année 2010. L'assuré était satisfait de son activité de chauffeur d'écoliers et de personnes handicapées. Selon les expertes, cette activité était possible au plus à 40 %. La capacité de 70 % ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. À la question « Un reclassement professionnel est-il judicieux », les expertes ont coché la réponse « Non », en précisant que l'assuré était à l'aise dans la mécanique, mais qu'une aide au placement pourrait lui être proposée. 23. Dans son avis du 1<sup>er</sup> février 2011, le docteur Q \_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est déterminé sur l'expertise. Il s'en est écarté en retenant que les lombalgies et gonalgies chroniques influençaient également sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges supérieures à 5 kg, la possibilité d'alterner les positions, l'exclusion des positions nécessitant le maintien du rachis en porte-à-faux. Le lieu de travail devait être à faible niveau de poussière et de bruit. Le début de l'aptitude à la réadaptation avait été fixé à octobre 2007 par le SMR lors de l'examen du 30 juillet 2008, ce que les expertes n'avaient pas remis en question. 24. Selon une note d'entretien du 9 mars 2011,

l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il avait pour projet de continuer son activité habituelle et de percevoir une demi-rente d'invalidité. [endif]>[if> 25. La Dresse F\_\_\_\_\_, dans son certificat du 25 mars 2011, a énuméré les diagnostics posés, signalant notamment une tendinite chronique sténosante de De Quervain du poignet droit. L'assuré, malgré sa motivation, ne pouvait augmenter son taux de travail actuel de 40 %. Il ne pouvait travailler dans la même position plusieurs heures d'affilée, ne pouvait rester assis plus d'une heure, et ne pouvait soulever des charges de plus de 5 kg. [endif]>[if> 26. Le 16 février 2012, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités de niveau 4 dans les domaines correspondant aux lignes 15-37 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2008, Tableau 1, était de CHF 5'116.- pour 40 heures par semaine. Adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures, le revenu était de CHF 63'848.- par an. L'année prise en compte était 2007. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 70 % et d'un abattement statistique de 15 %, le revenu d'invalidité était de CHF 37'989.-. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à CHF 64'609.- en 2011. La comparaison des revenus aboutissait ainsi à un degré d'invalidité de 41.2 %. Le revenu sans invalidité se fondait sur le revenu statistique de l'ESS 2008, TA1, homme, ligne 50 commerce, de niveau 3. [endif]>[if> 27. Dans le rapport de réadaptation du 22 février 2012, l'OAI a notamment relevé que si l'assuré n'avait auparavant pas travaillé à plein temps et avait vécu d'autres revenus, cette situation avait changé, si bien qu'un statut d'actif était retenu. Le degré d'invalidité était de 41.2 %. L'assuré s'était dit satisfait de sa situation actuelle, avec son activité de chauffeur le matin et ses après-midi de repos en bricolant ses motos anciennes. Il mettait en doute l'exigibilité d'une capacité de travail de 70 %. Dans ces conditions, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car vouées à l'échec au vu de son manque de motivation.[endif]>[if> 28. Le 2 mars 2012, la Dresse F\_\_\_\_\_ a notamment diagnostiqué un important rétrécissement constitutionnel du fourreau dural avec sévère lipomatose épidurale, et un discret rétrécissement constitutionnel du canal rachidien lombaire aggravé par des discopathies pluri-étagées de L2-L4 à L5-S1. La discopathie L4-L5 présentait un caractère plus focal au niveau postéro-latéral droit, pouvant éventuellement être à l'origine d'une symptomatologie radiculaire L5 droite. La discopathie protrusive L5-S1 pouvait être à l'origine de lombosciatalgies à bascule. L'assuré avait également présenté une sacro-ilite gauche traitée de manière conservatrice, avec une discrète amélioration. Son état s'était ainsi dégradé durant la dernière année. Le médecin a repris les limitations fonctionnelles signalées le 25 mars 2011. L'activité actuelle de chauffeur n'était pas adaptée, mais l'assuré devait continuer à l'exercer pour des raisons financières.[endif]>[if> 29. Le 23 mars 2012, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel il avait droit à un quart de rente dès le 1 er janvier 2008, fondé sur un taux d'invalidité de 41 %. L'OAI a repris le calcul du degré d'invalidité du 16 février 2012 et nié le droit à des mesures professionnelles, reprenant son argumentation du 22 février 2012.[endif]>[if> 30. Par décision du 5 juillet 2012, l'OAI a confirmé les termes de son projet.[endif]>[if> 31. L'OAI a rendu deux nouvelles décisions en date du 28 mars 2014, chacune annulant et remplaçant la précédente. La première corrigeait à la hausse les montants des rentes d'invalidité déjà versées, et la seconde fixait le montant de la rente dès le 1 er mars 2014.[endif]>[if> 32. Par courrier du 5 avril 2014, l'assuré a fait part à l'OAI d'une aggravation de son état de santé depuis le mois de septembre 2013, révélée par une IRM cervicale. Il sollicitait une réévaluation de son taux d'invalidité. [endif]>[if> 33. Dans son certificat du 9 mai 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a repris les

diagnostics posés en mars 2012, auxquels s'ajoutait celui de cervicalgies avec discopathies au niveau C6-C7 avec antélisthésis de grade I et une sténose relative du canal rachidien au niveau C4-C5. Ces douleurs, apparues en septembre 2013, avaient été traitées de manière conservatrice sans succès. Le travail en tant que chauffeur était de plus en plus difficile. Cette praticienne a rappelé les limitations fonctionnelles déjà définies. ![/endif]>![if> Elle a notamment joint les pièces suivantes : a. rapport d'IRM cervicale du 2 décembre 2013 concluant à une spondylodiscarthrose débutante C6-C7 et à des discopathies dégénératives modérées C3-C4 à C5-C6, associées à un canal lombaire étroit modéré non significatif d'origine constitutionnelle, dégénératives, et compliquées d'une sténose foraminale partielle d'environ 50 % des trous de conjugaison C6-C7 des deux côtés, secondaire à un minime antélisthésis de C6 sur C7 de grade I/IV et à des remaniements dégénératifs d'origine disco-uncarthrosique. Le radiologue notait également une impression de discret trouble statique sous forme d'une attitude scoliotique à convexité droite sur une suspicion d'anomalie de segmentation de l'arc neural de la vertèbre C6, avec la suspicion d'une subluxation du massif articulaire postérieur de C5-C6 à gauche, à confronter à un éventuel scanner cervical ; ![/endif]>![if> b. rapport du 27 décembre 2013 du docteur R \_\_\_\_\_ , spécialiste FMH en neurochirurgie, concluant à une discopathie prédominante en C6-C7 avec antélisthésis de grade I et une sténose relative du canal rachidien sur les niveaux C4-C5 à C6-C7, et préconisant un traitement conservateur au vu de l'inconfort principalement arthrosique du rachis cervical. Le médecin signalait un risque de syndrome centro-médullaire en cas de traumatisme cervical ; ![/endif]>![if> c. rapport de consultation du 7 avril 2014 du docteur S \_\_\_\_\_ , spécialiste FMH en radiologie, indiquant que l'assuré avait bénéficié de deux séances d'infiltration qui avaient largement atténué les douleurs. ![/endif]>![if> 34. Dans son avis du 12 août 2014, la doctoresse T \_\_\_\_\_ , médecin au SMR, a qualifié l'aggravation de plausible. ![/endif]>![if> 35. Dans son rapport du 22 août 2014, le Dr R \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait de son point de vue pas d'incapacité de travail. Il n'avait vu l'assuré qu'une fois. Le diagnostic était celui de cervico-discarthrose et de canal cervical étroit débutant. S'agissant des limitations fonctionnelles, le travail avec les bras au-dessus de la tête et le port de charges étaient exclus. ![/endif]>![if> 36. Dans son rapport du 29 octobre 2014, la Dresse F \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de triple discopathie C4-C5 à C6-C7, prédominante en C4-C5 du côté droit, contrusive du côté gauche en C5-C6 et C6-C7, avec un rétrécissement foraminal bilatéral C5-C6 et C6-C7, de syndrome de Leriche, de pontage aorto-fémoral, d'hypercholestérolémie, d'hypertension artérielle, de hernie discale lombaire et de BCPO modérée. L'assuré avait eu des infiltrations en avril 2014 pour ses problèmes cervicaux. Une rechute avec de très fortes douleurs avait eu lieu en juillet 2014. Une infiltration réalisée en octobre 2014 avait amené une réponse partielle. L'assuré avait mis un terme à son activité de chauffeur, car il lui était très difficile de faire son travail correctement. ![/endif]>![if> Elle a notamment joint un rapport d'angio-scanner des membres inférieurs du 3 avril 2013, lequel s'était révélé sans modification par rapport à l'examen comparatif du 16 novembre 2010. On retrouvait une occlusion complète de l'artère fémorale superficielle dès son origine des deux côtés, reperméabilisée à la sortie du canal de Hunter par des branches de l'artère fémorale profonde. 37. Dans son avis du 15 avril 2014, la Dresse T \_\_\_\_\_ a indiqué comme limitations fonctionnelles les mouvements de rotation du rachis cervical et les mouvements de la boîte à vitesse mécanique. Pour le surplus, elle a résumé les derniers rapports médicaux recueillis, avant de proposer de poursuivre l'octroi d'un quart de rente. ![/endif]>![if> 38. Dans un projet de décision non

daté, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré. Il a indiqué que selon le SMR, il n'y avait pas d'aggravation manifeste de l'état de santé. 39. Le 17 avril 2015, la Dresse F \_\_\_\_\_ a fait parvenir les documents suivants à l'OAI :

a. rapport du Dr S \_\_\_\_\_ du 27 mars 2015, signalant des signes de dénervation aigue au niveau du cubital et de radiculopathie étagée de C4-C5 à C6-C7. L'assuré avait été enjoint d'éviter les mouvements en appui du coude à gauche et de se soumettre à une échographie. La prise en charge infiltrative était arrêtée, et une séance tous les quatre mois serait désormais réalisée. Une désensibilisation facettaire pourrait être proposée en cas de résurgence de la problématique cervicale ;

b. rapport du 24 mars 2015 du docteur U \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, concluant à une double pathologie neurologique : l'assuré avait d'une part des signes en faveur d'une radiculopathie déficitaire C5 et C6 à gauche avec à l'électroneuromyographe des signes de dénervation importants sur les muscles du myotome C5 et dans une moindre mesure C6 à gauche. Il existait d'autres part des signes en faveur d'une neuropathie sensitivomotrice axono-myélinique du nerf cubital gauche au coude, vraisemblablement par compression extrinsèque pendant l'accoudement. Une échographie était proposée. Il était impératif que l'assuré évite de s'accouder sur des surfaces dures.

40. Par courrier du 3 juin 2015, l'assuré a contesté le projet de décision, soutenant que ce projet contenait des irrégularités. Il a signalé qu'il avait dû arrêter son emploi de chauffeur sur conseil du Dr S \_\_\_\_\_.

41. Dans son avis du 7 décembre 2015, la Dresse T \_\_\_\_\_ a résumé les derniers rapports médicaux. Les limitations fonctionnelles correspondaient à celles établies le 1<sup>er</sup> février 2011, auxquelles il y avait lieu d'ajouter l'évitement des activités nécessitant des mouvements répétitifs du rachis cervical sous forme de flexion et d'extension, et des mouvements répétitifs du bras gauche. La capacité de travail restait de 70 %.

42. Interpellé par l'OAI, l'employeur de l'assuré a signalé dans le questionnaire du 15 décembre 2015 que ce dernier avait résilié les rapports de travail pour raisons de santé.

43. Par décision du 6 janvier 2016, l'OAI a confirmé les termes de son projet. Il a rejeté la demande de révision de l'assuré, en précisant que les nouveaux éléments médicaux ne permettaient pas de parvenir à une autre appréciation.

44. Par écriture du 20 janvier 2016, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il s'est référé à l'IRM cervicale réalisée et a invoqué un « gros problème de protection dans sa colonne de la moelle épinière », dont les risques avaient été définis par le Dr R \_\_\_\_\_.

45. Dans sa réponse du 17 mars 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant à la motivation contenue dans sa décision. Le recourant n'amenait aucun élément modifiant son appréciation.

46. Par réplique du 11 avril 2016, le recourant a déclaré maintenir son recours. Il a relevé que l'intimé ne se prononçait pas sur ses problèmes de cervicales. Il ne travaillait plus en tant que chauffeur, dès lors qu'il était dans l'impossibilité de tourner la tête.

47. Le 13 avril 2016, la chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé.

48. Par courrier du 2 mai 2016, la chambre de céans a informé les parties que la cause était 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. La LPGA, entrée en vigueur

le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Le recours, interjeté dans les délai et forme légaux, est recevable (art. 56ss LPGA). Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, plus précisément sur le point de savoir si son invalidité s'est aggravée depuis la décision lui octroyant un quart de rente.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. 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).

L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

7. Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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).

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 (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd. 2009, Zurich, n. 21 ad art. 17). 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). 8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) 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 LPG), 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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au

surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 9. En l'espèce, à la suite de l'arrêt du 21 avril 2010, l'intimé a mis en œuvre une expertise avant de rendre une nouvelle décision concluant à un degré d'invalidité de 41 %. Cette décision, ainsi que celles qui l'ont remplacée le 28 mars 2014, sont entrées en force. La chambre de ceans ne peut ainsi pas revenir sur ces décisions. Toutefois, dans la mesure où la procédure de révision consiste à comparer la situation au moment de la nouvelle demande avec celle qui prévalait lors de la dernière décision rendue de manière conforme au droit, il y a lieu de relever ce qui suit au sujet de l'expertise de décembre 2010. Si le Tribunal n'avait pas précisé la nature de l'expertise à mettre en œuvre, il avait néanmoins souligné dans son arrêt de renvoi que les spécialistes en angiologie et chirurgie cardio-vasculaire ne s'étaient pas prononcés sur la capacité de travail du recourant, et que les atteintes au bras et les neuropathies n'avaient pas fait l'objet d'investigations suffisantes. À la suite de cet arrêt, le Dr L \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs notamment préconisé un volet angiologique dans l'expertise. Partant, on peine à comprendre pour quels motifs l'intimé a confié une expertise à deux spécialistes en médecine interne et à un psychiatre, d'autant moins qu'aucun élément du dossier ne laisse supposer que le recourant ait alors présenté des troubles d'ordre psychique. Compte tenu des domaines de spécialité des expertes, et du fait qu'aucun avis d'un angiologue, d'un neurologue ou d'un spécialiste en chirurgie cardio-vasculaire ne vient étayer leurs conclusions, l'expertise du 23 décembre 2010 ne paraît pas adaptée pour définir la capacité de gain du recourant. En particulier, les expertes ne se sont guère prononcées sur l'incidence de l'insuffisance artérielle sur la capacité de gain du recourant, alors même qu'elles ont noté que les examens révélaient une aggravation de cette maladie. Elles n'ont donné aucune précision sur les éventuelles limitations fonctionnelles retenues à ce titre. On relèvera en outre que le Dr P \_\_\_\_\_, ayant examiné le recourant dans le cadre de la consultation de rhumatologie organisée durant l'expertise, a exclu une neuropathie – sans d'ailleurs indiquer pour quels motifs, alors même que le recourant rapportait des paresthésies – bien que cette atteinte avait été signalée par le Dr J \_\_\_\_\_ en novembre 2009, et qu'elle ait depuis été confirmée par le Dr U \_\_\_\_\_, examen électroneuromyographique à l'appui. On peut ainsi mettre en doute l'exactitude des diagnostics retenus et exclus dans le cadre de cette expertise. De plus, les limitations fonctionnelles retenues par les Dresses M \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_ sont liées à l'utilisation continuelle des mains, l'exposition aux vibrations corporelles, les mouvements répétitifs de flexion-extension en pronation-supination du coude et impliquent une force de préhension des mains. Les travaux lourds, le port de charges et la marche prolongée sont également contre-indiqués. On ne peut que s'étonner que ces médecins n'aient pas complété les limitations par celles du Dr P \_\_\_\_\_, qui a exclu les mouvements fins de la main, et qu'elles n'aient ni repris – ni exposé cas échéant pourquoi elles s'en écartaient – les limitations admises par les Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_, selon lesquels les mouvements en antépulsion au-delà de 60°, la position statique assise au-delà de quarante minutes sans possibilité de varier les positions assis-debout au minimum une fois, les positions en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, les activités impliquant des montées et descentes répétitives des escaliers ou se déroulant sur un terrain instable étaient

également prohibées. On relèvera d'ailleurs que le SMR s'est écarté des conclusions de l'expertise de décembre 2010, puisqu'il a considéré – à juste titre au vu des conclusions des Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ – que les lombalgies et gonalgies avaient aussi des répercussions sur la capacité de travail. En ce qui concerne la capacité de travail, le rapport d'expertise prête en outre à confusion, puisque les expertes avancent dans un premier temps qu'une nouvelle revascularisation chirurgicale permettrait de conserver une capacité de travail d'au moins 50 %, voire complète, alors qu'elles concluent plus loin à une capacité de travail de 70 % sans expliquer ces variations. Cette capacité de travail semble d'ailleurs correspondre à la seule appréciation du rhumatologue, et elle est articulée sans que l'on sache si les autres atteintes du recourant ou leurs éventuelles interactions ont été prises en considération. Enfin, l'exemple d'activité possible à 70 % donné par les expertes, soit la mécanique légère en atelier, paraît en contradiction claire avec l'impossibilité pour le recourant d'accomplir des activités nécessitant l'utilisation continue des mains ou des mouvements fins selon le Dr P \_\_\_\_\_. Ainsi, au vu de ses contradictions et de ses carences et du fait qu'elle ne répond pas aux questions mises en exergue par le Tribunal dans son arrêt du 21 avril 2010, l'expertise mise en œuvre par l'intimé n'est pas probante. Partant, elle ne constitue pas une base fiable de comparaison permettant de déterminer si le recourant a subi une aggravation de son état de santé modifiant son droit à la rente depuis lors, pas plus que les décisions de juillet 2012 et novembre 2014, ces dernières n'ayant pas été rendues de manière conforme au droit puisqu'elles ne reposent pas sur des éléments médicaux probants. Il n'existe par ailleurs aucun rapport satisfaisant aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-dessus permettant de statuer sur l'incidence des nouvelles atteintes du recourant sur sa capacité de travail et de gain. En particulier, l'avis de la Dresse T \_\_\_\_\_ du 15 avril 2014 n'y suffit pas. Cette dernière s'est en effet contentée d'ajouter deux limitations fonctionnelles – excluant les mouvements du rachis cervical et l'utilisation d'une voiture dotée d'une boîte à vitesses – tout en retenant que la capacité de travail du recourant restait de 70 % dans une activité adaptée. A la suite du diagnostic de neuropathie signalé par le Dr U \_\_\_\_\_, le médecin du SMR s'est derechef bornée à ajouter à titre de limitation fonctionnelle les mouvements répétitifs du bras gauche – ce qui ne correspond du reste pas aux recommandations du neurologue traitant, qui excluait l'accouplement. Les avis du SMR sont ainsi à l'évidence insuffisamment motivés pour permettre de déterminer le degré d'invalidité actuel du recourant. 10. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige. >[endif]>[if]> En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce. En effet, l'intimé s'est contenté des avis du SMR, aucunement étayés, alors même que le recourant présente plusieurs atteintes nouvelles qui rendaient indispensable l'examen de leurs interactions avec les diagnostics déjà pris en compte et de leurs répercussions sur la capacité de travail. La cause lui sera dès lors renvoyée pour mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, comprenant un volet angiologique, un volet rhumatologique et un volet neurologique. Au vu des lacunes du rapport médical sur laquelle l'intimé s'est fondé pour établir le degré d'invalidité du recourant pris en compte dans ses décisions du 5 juillet 2012 et du 28 mars 2014, l'expertise que l'intimé diligentera ne devra pas uniquement comparer

l'état de santé et la capacité de gain du recourant par rapport à décembre 2010, mais analyser globalement la capacité de travail et de gain du recourant compte tenu de l'ensemble de ses pathologies. S'agissant de la décision que l'intimé sera appelé à rendre à la suite de l'expertise, c'est ici le lieu de rappeler que 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. Il lui appartient 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. Les spécialistes de l'orientation professionnelle en revanche doivent se prononcer sur le fait de savoir quelles activités professionnelles concrètes entrent en ligne de compte sur la base des indications médicales et compte tenu des capacités résiduelles de la personne assurée, ce qui nécessite parfois de se renseigner auprès des médecins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 936/05 du 2 avril 2007 consid. 3.3 et les références citées). L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective. Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les références). Or, en l'espèce, force est de constater que le recourant présente de très nombreuses limitations fonctionnelles. Si les travaux lourds sont exclus, les activités légères impliquant l'utilisation des mains le sont aussi. La conduite de véhicules est impossible, de même que la marche prolongée. De nombreux mouvements et positions sont en outre proscrits. Ainsi, compte tenu de la très importante étendue des limitations fonctionnelles du recourant, on ne se trouve à l'évidence pas dans la situation visée par la jurisprudence précitée, dans laquelle un panel d'activités variées peuvent entrer en considération. Comme on l'a vu, la seule activité suggérée par les experts – soit la mécanique en atelier – paraît incompatible avec l'arthrose des mains et des pouces et les limitations admises par le Dr P \_\_\_\_\_. Partant, si les experts qui seront mis en œuvre devaient également conclure à une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, l'intimé devra exposer de manière concrète quels sont les postes de travail existant sur le marché du travail qui sont adaptés aux atteintes du recourant. Dans ce cadre, il sera également tenu d'examiner si le recourant, compte tenu de son âge lors de l'éventuelle aggravation de son état de santé, est encore de manière réaliste en mesure de retrouver un emploi (cf. sur ce point arrêts du Tribunal fédéral 8C\_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 et 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). Il appartiendra également à l'intimé de statuer sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel. Sur ce point, il convient de souligner qu'on ne saurait les considérer comme vouées à l'échec pour le simple motif que le recourant nourrit certains doutes sur sa capacité de travail. Ses médecins ont d'ailleurs relevé qu'il souhaitait retrouver un emploi. Enfin, selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer

notamment sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Selon une jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1). Ainsi, l'intimé ne pourra en toute hypothèse pas nier le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel sans avoir procédé à cette sommation légale. 11. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas droit à des dépens. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision du 6 janvier 2016. 4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. 5. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé. 6. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDÉ Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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