

GE_GERICHTE A/816/2017 vom 17. April 2018

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_816_2017

FR: GE_GERICHTE A/816/2017 du 17 avril 2018

IT: GE_GERICHTE A/816/2017 del 17 aprile 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.04.2018
A/816/2017

A/816/2017 ATAS/323/2018 du 17.04.2018 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/816/2017 ATAS/323/2018
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17 avril 2018 2 ème
Chambre En la cause Monsieur A____, domicilié à Meyrin, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître Yann LAM 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), né le _____
1959 à Lecce (Italie), est arrivé en Suisse en mars 1983. Depuis 1988, il travaillait en
qualité d'isoleur pour le compte de la société B____, à Genève. ![endif]>![if> 2. En
incapacité de travail depuis le 11 juillet 2008, l'assuré a déposé, en date du 13 novembre
2008, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève
(ci-après : OAI) en raison d'un infarctus, d'une gonalgie droite (arthrose, fracture), de
douleurs à la cuisse et de douleurs lombaires.![endif]>![if> 3. À teneur du rapport du 27
janvier 2009 du docteur C____, spécialiste FMH en médecine interne, les diagnostics
étaient alors ceux de gonarthrose bilatérale avec chondrocalcinose sévère (avec
répercussions sur la capacité de travail), d'infarctus le 11 juillet 2008 et de fracture de la
rotule droite il y a 35 ans (sans répercussions sur la capacité de travail). En raison de
douleurs lors du port de charges, l'activité habituelle était nulle depuis le 11 juillet 2008.
Lors d'un entretien téléphonique, le docteur D____, spécialiste FMH en orthopédie, lui
avait indiqué que la seule autre possibilité consistait en une prothèse des genoux mais
l'assuré était encore trop jeune pour cela. Il convenait dès lors plutôt d'adapter l'activité
professionnelle. L'assuré pouvait travailler uniquement en position assise ou debout pour
autant que cela n'implique que peu de déplacement et de ports de charges. Il était également
en mesure de travailler en rotation assise / debout et pouvait porter des charges légères. En
revanche, il ne pouvait pas effectuer des activités dans différentes positions ou
principalement en marchant, ni des activités en position accroupie ou à genoux ni monter
sur une échelle, un échafaudage ou les escaliers. Ses capacités de concentration, de
compréhension et de résistance n'étaient pas limitées, au contraire de sa capacité
d'adaptation, qui l'était en raison de la langue française qui n'était pas parlée parfaitement.
![endif]>![if> 4. Du 16 février au 13 mars 2009, l'assuré a participé à une mesure
d'intervention précoce aux établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). Selon
le rapport d'orientation daté du 2 avril 2009, l'assuré pouvait être orienté vers des activités
sédentaires plutôt légères offrant la possibilité d'alterner les positions. Il travaillait avec
sérieux et était un bon observateur, patient et aimable. Il s'était bien engagé pendant la
mesure et se montrait volontaire. L'assuré avait une très bonne dextérité manuelle. Les
orientations retenues étaient dès lors celles d'opérateur (montage/assemblage) et d'ouvrier

sur presse (fabrication). Une période de mise au courant/réentraînement était nécessaire à l'acquisition d'un rythme de travail suffisant. Par ailleurs, une adaptation du poste de travail était éventuellement à examiner, l'assuré se plaignant d'avoir rapidement mal au dos dans les travaux assis. Enfin, une aide au placement serait très utile pour l'assuré, ancien maçon, plâtrier et isoleur, peu scolarisé et âgé de 50 ans.![endif]>![if> 5. Dans un rapport du 18 juillet 2009, le docteur D_____, spécialiste FMH en cardiologie, a indiqué suivre l'assuré en sa qualité de cardiologue en raison de problèmes coronariens. Suite à un infarctus du myocarde le 11 juillet 2008, ayant nécessité une angioplastie coronaire, l'évolution était favorable. S'agissant des problèmes orthopédiques, le Dr D_____ a renvoyé au Dr C_____![endif]>![if> 6. Le dossier a été soumis au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), lequel a considéré que l'atteinte incapacitante était essentiellement orthopédique. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Par ailleurs, il convenait d'adopter les orientations des EPI.![endif]>![if> 7. Dans un rapport intermédiaire du 2 février 2010, le Dr C_____ a fait état d'un état de santé resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics (gonarthrose et chondrocalcinose). En raison de gonalgies invalidantes, son activité d'ouvrier était nulle. ![endif]>![if> 8. Par communications des 31 août 2009 et 2 mars 2010, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'ordre professionnel sous la forme d'un stage aux EPI devant se tenir du 15 février au 16 mai 2010.![endif]>![if> 9. Ce stage a été suspendu dès le 28 février 2010 pour cause de traitement dentaire.![endif]>![if> 10. Par courrier du 11 mars 2010, la fille de l'assuré, Madame A_____, a attiré l'attention de l'OAI sur le fait que son père avait interrompu son stage pour des raisons de santé. En effet, lors du stage, il devait rester en position assise pendant huit heures, ce qui avait entraîné de plus fortes douleurs au genou. De plus, alors qu'il était habitué à travailler sur les chantiers, le stage en usine avait provoqué chez lui un sentiment de claustrophobie.![endif]>![if> 11. Le 30 mars 2010, lors d'un entretien téléphonique, la fille de l'assuré a encore précisé que le stage n'était pas adapté à l'état de santé de son père. En effet, celui-ci n'arrivait pas à rester assis, ses membres devenant froids et une tendinite au bras ayant été déclenchée. D'autres orientations étaient souhaitées : conciergerie, transport de personnes. ![endif]>![if> 12. Suite à un entretien avec l'assuré, l'OAI lui a octroyé, par communication du 1 er juillet 2010, de nouvelles mesures professionnelles sous la forme d'un stage de réadaptation devant être effectué du 12 juillet au 10 octobre 2010.![endif]>![if> 13. À teneur d'un rapport daté du 21 septembre 2010, dès le quatrième jour après le début de la mesure, soit dès le 16 juillet 2010, l'assuré travaillait à mi-temps. Le stage dans le domaine de la conciergerie s'était conclu sur le constat qu'il ne possédait pas les capacités physiques d'effectuer ce métier. L'activité pouvant être occupée consistait essentiellement en un poste en position assise, permettant de fréquentes alternances dans l'industrie légère et simple (assemblage, montage de pièces mécaniques). Il n'était actuellement pas plaçable dans le circuit économique normal en raison de sa capacité de travail dans une activité de 50 % et de ses faibles rendements en raison des nombreuses atteintes (genoux, dos et fragilité cardiaque) et de la nécessité d'alterner fréquemment les positions. En raison de l'impossibilité de placer l'assuré en entreprise, il avait été mis un terme à la mesure en date du 13 septembre 2010.![endif]>![if> 14. Le 25 septembre 2010, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) existant depuis des mois. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigabilité, troubles de la concentration, irritabilité, découragement, démotivation. Elles entraînaient une baisse de rendement et de productivité,

ne permettant pas à l'assuré d'exercer l'activité de maçon à plus de 50 %. Le pronostic était réservé vu la chronicisation des troubles.![endif]>![if> 15. Par communication du 30 septembre 2010, l'OAI a mis un terme à la mesure octroyée, celle-ci ne pouvant pas atteindre le but visé, à savoir la réinsertion professionnelle de l'assuré dans le circuit économique normal.![endif]>![if> 16. Dans son rapport intermédiaire du 11 octobre 2010, le Dr C_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, avec l'apparition d'un état dépressif réactionnel consécutif à l'infarctus et à la perte de son travail. Les atteintes somatiques étaient restées inchangées. L'activité habituelle d'ouvrier était nulle. En revanche, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, en position assise, était de 50 %.![endif]>![if> 17. L'OAI a soumis le dossier de l'assuré à son service médical régional, qui a sollicité, par avis du 10 janvier 2011, des rapports médicaux complémentaires.![endif]>![if> 18. Dans un rapport du 28 janvier 2011, le Dr E_____ a mentionné un état de santé resté stable, sans modification dans les diagnostics. La capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle en raison des limitations fonctionnelles déjà évoquées.![endif]>![if> 19. Le 7 février 2011, le Dr C_____ a, quant à lui, répété les termes de son rapport du 11 octobre 2010. ![endif]>![if> 20. Au plan cardiaque, l'évolution était favorable comme l'a indiqué le Dr D_____ dans son rapport intermédiaire du 7 mars 2011.![endif]>![if> 21. Le 1^{er} avril 2011, le docteur F_____, spécialiste FMH en rééducation et médecine du sport, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonalgies bilatérales sur chondrocalcinose et arthrose, lombalgies chroniques sur discopathies étagées et cardiopathie ischémique et, sans répercussion sur la capacité de travail, celui de status après fracture de la rotule du genou droit dans les années 1990. Les symptômes étaient ceux de douleurs des genoux, souvent plus marquées à gauche, surtout présentes à la marche et lors de la mise en route avec impression de raideur, ainsi que lombalgies basses en barre plus ou moins marquées à droite, surtout dans les positions statiques prolongées et à la marche. En raison des restrictions liées au port de charges, au périmètre de marche et aux positions accroupies ou à genou, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Dans une activité en position assise ou impliquant différentes positions, l'assuré pouvait travailler à 50 %.![endif]>![if> 22. Le 12 septembre 2011, l'assuré a été soumis à un examen psychiatrique effectué par le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin auprès du SMR. L'assuré ressentait un profond sentiment d'injustice. Il estimait ne plus avoir la force physique de travailler vu ses douleurs physiques. Il avait le sentiment de ne plus y arriver. S'il recevait de l'argent, il retournerait dans le sud de l'Italie, pour y mener une vie tranquille. Après avoir résumé le status psychiatrique, le Dr G_____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation (F43.23 ; sans effet sur la capacité de travail). En effet, lors de l'examen, l'assuré ne présentait aucune plainte psychiatrique. Il se disait préoccupé par sa situation financière et ressentait un profond sentiment d'injustice sociale, dû au fait d'avoir travaillé pendant des années et de ne pas être aidé maintenant qu'il était malade. L'examen clinique ne mettait ainsi en évidence aucune trouble dépressif ou anxieux, le traitement suivi par l'assuré étant adéquat et efficace. Les limitations fonctionnelles constatées en janvier 2011 (irritabilité, ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, fatigabilité, diminution de la motivation) avaient considérablement régressé puisque l'examen clinique n'avait mis en évidence qu'une diminution de la motivation. En conséquence, l'incapacité de travail était de 50 % du 12 août 2010 au 31 janvier 2011 et de 0 % dès le 1^{er} février 2011.![endif]>![if> 23. À la demande du SMR, l'OAI a mandaté, pour une expertise rhumatologique, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine

physique et rééducation. Compte tenu de l'anamnèse et des pièces du dossier et après avoir procédé à un examen clinique et à des examens complémentaires, la Dresse H_____ a retenu, dans son rapport du 5 juin 2012, les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : gonalgies bilatérales, arthrose modérée touchant les compartiments fémoro-tibiaux interne et externe à droite et interne à gauche ainsi que le compartiment fémoro-rotulien surtout à droite, chondrocalcinose sévère ; lombalgies sur troubles statiques discrets et sur discopathies modérées étagées aux niveaux L4-L5 et L5-S1, arthrose inter-épineuse L3-L4 et L4-L5 ; cardiopathie ischémique anamnestique, avec infarctus du myocarde inférieur, angioplastie avec la pose de quatre stents en 2008 et déconditionnement musculaire global. La Dresse H_____ a retenu à titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail ceux de raideur indolore en flexion du poignet droit, status post-fracture ; coxarthrose bilatérale débutante ; hypertension artérielle (HTA) et hypercholestérolémie. Les atteintes précitées et plus particulièrement les gonalgies bilatérales limitaient le port de charges à 10 kg de manière occasionnelle, la marche en terrain instable, les positions accroupie et à genoux, la montée et descente répétitive et rapide des escaliers, la montée sur des échafaudages (la montée sur un escabeau pour changer une ampoule par exemple ne devrait en revanche pas poser de problèmes), la marche rapide et les pivots. Les lombalgies sur discopathies modérées limitaient également le port de charges à 10 kg occasionnellement. S'y ajoutaient la position penchée en avant en porte-à-faux, les mouvements répétitifs avec contrainte en flexion/extension et rotations. L'assuré devait en effet pouvoir changer de position à son gré et passer de la position assise à celle debout. En raison des limitations fonctionnelles précitées, l'activité de plâtrier n'était plus exigible compte tenu d'une diminution de rendement de 100 % et ce depuis le 11 juillet 2008. En revanche, l'assuré devrait être en mesure d'exercer une activité permettant d'alterner les positions assise, debout et marche, pour autant que ladite activité ne le contraigne pas à des mouvements répétitifs en élévation des membres supérieurs ou au port de charges de plus de 5 kg de manière répétitive et de 10 kg de manière occasionnelle et qu'elle tienne compte des limitations fonctionnelles évoquées en lien avec les gonalgies. Dans cette mesure, une telle activité serait exigible à 60 % sans diminution de rendement. L'experte a ainsi exposé au recourant la possibilité de tenir un bureau de tabac, pratiquer des nettoyages de bureau ou tenir une conciergerie avec son épouse. Cette dernière possibilité ne paraissait pas insurmontable. Il fallait toutefois encore qu'il trouve la conciergerie idéale lui permettant de travailler à 60 %. 24. Par décision du 13 décembre 2012, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2010. 25. Le 23 octobre 2015, le Dr C_____ a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel il a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le début de l'année 2014, avec des gonalgies avec impotence, une gonarthrose, une chondrocalcinose ainsi qu'un status post lymphome sous traitement. En raison de difficultés à la marche et à maintenir la position assise, la capacité de travail était désormais nulle dans toute activité. 26. En annexe à son rapport figurait le compte-rendu des radiographies des deux genoux en charge, effectué le 23 octobre 2015, concluant à une gonarthrose du compartiment médial associée à une chondrocalcinose (genou gauche) et à une arthrose du compartiment médial modérée avec surtout une atteinte fémoro-patellaire, associée à une chondrocalcinose (genou droit). Faisant suite à ce rapport, l'OAI a transmis à l'assuré le formulaire idoine relatif à la révision de la rente, dont il ressort que selon ce dernier, son état de santé s'était aggravé à compter de 2013. Il n'avait pas retravaillé depuis lors. Par ailleurs, il était suivi par les Drs C_____ et D_____ et désormais

également par le docteur I_____, oncologue.![endif]>![if> 27. Dans son rapport du 24 décembre 2015, le Dr C_____ a rappelé les diagnostics posés le 23 octobre 2015. L'assuré souffrait de douleurs lors des stations prolongées en position assise ou debout ainsi qu'à la marche, d'une impotence des membres inférieurs ainsi que d'une asthénie. Les douleurs étaient d'aggravation progressive, avec l'apparition d'un épanchement discret à modéré, fluctuant, des genoux. L'activité habituelle était nulle en raison des gonalgies. Le pronostic était mauvais.![endif]>![if> 28. Sur le plan cardio-vasculaire, le Dr D_____ a évoqué, au début de l'année 2016, une maladie coronarienne traitée par stents actifs, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. L'évolution était favorable, avec l'absence, au jour de la rédaction du rapport, de symptômes suspects d'angor et d'insuffisance cardiaque notamment. Le pronostic était bon sur le plan cardio-vasculaire, sous réserve d'événements imprévisibles.![endif]>![if> 29. Quant au Dr I_____, il a retenu, dans son rapport du 17 février 2016, outre les diagnostics posés par ses confrères sur les plans cardiaque et rhumatologique, celui de lymphome, status post chimiothérapie en 2014. Le lymphome avait été traité il y a deux ans et était en rémission. La capacité de travail était nulle en raison de l'incapacité de l'assuré à travailler dans son métier. L'assuré éprouvait des douleurs aux genoux. Il pouvait marcher sur 500 mètres au maximum, monter huit marches au maximum sans s'arrêter.![endif]>![if> 30. À la demande de l'OAI, le Dr I_____ a apporté des précisions par courrier du 3 septembre 2016. L'assuré était en rémission complète et le pronostic était bon. Son invalidité était liée à une atteinte poly-articulaire, notamment au niveau des genoux. La maladie lympho-proliférative était parfaitement contrôlée. Il existait certes un risque de récurrence, raison pour laquelle l'assuré bénéficiait d'un suivi trimestriel. Cette maladie ne constituait toutefois pas une contre-indication à l'exercice d'une activité adaptée aux limitations physiques de l'assuré.![endif]>![if> 31. Le 27 octobre 2016, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Compte tenu d'une capacité de travail de 50 % et d'un abattement de 15 %, le degré d'invalidité était de 65,28 %.![endif]>![if> 32. Les pièces médicales ont été soumises au SMR, qui a considéré, dans un avis du 1^{er} novembre 2016, que du point de vue rhumatologique, les limitations fonctionnelles s'étaient aggravées, avec notamment la limitation du périmètre de marche à 500 mètres et la montée d'escaliers à huit marches. La capacité de travail à 60 % dans l'activité de concierge n'était ainsi plus exigible. En conclusion, le SMR retenait la gonarthrose bilatérale et le lymphome à titre d'atteinte à la santé, en raison de laquelle la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et de 60 % dans une activité adaptée. Quant aux limitations fonctionnelles, elles étaient les suivantes : limitation du port de charge à 10 kg de manière occasionnelle, pas de marche en terrain instable, en pente ou glissant, pas de position accroupie et à genoux, pas de montée ou descente répétitive et rapide des escaliers, pas de montée sur des échelles ou des échafaudages, pas de station debout plusieurs heures, pas de mouvement de pivot sur les membres inférieurs. De manière générale, les activités exigeantes du point de vue des dépenses physiques étaient à proscrire.![endif]>![if> 33. Par projet du 4 novembre 2016, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité, lequel s'élevait désormais à 67 % (ou à 65 % selon un autre passage du projet), n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Partant, il continuerait à bénéficier de la même rente que par le passé.![endif]>![if> 34. Le 30 novembre 2016, l'assuré a marqué son opposition avec les termes du projet précité, rappelant qu'il avait été sous traitement pour un lymphome du manteau, ce qui l'avait énormément affecté tant sur le plan physique que psychique. Il devait encore faire attention à son alimentation et effectuer des contrôles réguliers. À cela s'ajoutait le fait que son

médecin traitant, le Dr C_____, avait retenu une incapacité de travail totale et non de 67 %. Il s'étonnait dès lors que l'OAI ait augmenté son degré d'invalidité de 4 % uniquement.![endif]>![if> En annexe figurait un rapport du Dr C_____ du 29 novembre 2016, dans lequel ce médecin a rappelé que l'assuré souffrait d'une gonarthrose invalidante, laquelle l'empêchait de rester assis ou debout et de se déplacer rapidement. À cela s'ajoutait un lymphome traité par chimiothérapie et immunothérapie, ayant entraîné une asthénie importante. L'impotence ne lui paraissait dès lors pas compatible avec une capacité de travail même partielle. 35. Le 6 janvier 2017, l'assuré a encore informé l'OAI qu'il était désormais également traité pour une hépatite B.![endif]>![if> 36. Par décision du 6 février 2017, l'OAI a maintenu le droit de l'assuré à trois-quarts de rente, précisant que le degré d'invalidité était porté à 67 % sans que cela ne modifie la fraction de la rente. ![endif]>![if> 37. Le 8 mars 2017, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 6 février 2017, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} novembre 2015. À l'appui de ses conclusions, il a notamment contesté le revenu sans invalidité pris en considération par l'OAI (ci-après : l'intimé), lequel aurait dû être de CHF 85'800.-, soit celui déclaré par son employeur lors de la première demande AI. En outre, compte tenu de l'aggravation de son état de santé, il y avait eu augmentation des limitations fonctionnelles, ce qui justifiait de porter l'abattement à 20 % en lieu et place des 15 % retenus.![endif]>![if> 38. Par complément du 31 mars 2017, le recourant a comparé la situation prédominant lors de l'expertise de la Dresse H_____ en 2012, et celle décrite par le Dr C_____ en décembre 2015 et a constaté une péjoration de son état de santé, avec une augmentation de ses limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique. Cette péjoration avait été reconnue par l'intimé, puisque celui-ci retenait désormais une incapacité de travail de 50 % et non plus de 60 %. Cela étant, ce point n'avait pas été instruit, raison pour laquelle le recourant concluait à la réalisation d'une expertise. Par ailleurs, il s'était renseigné auprès de son dernier employeur, qui lui avait indiqué que son salaire se serait élevé à CHF 89'440.- en 2017. Lors de la décision du 12 novembre 2012, l'intimé s'était déjà basé sur une attestation de son précédent employeur et avait retenu, sur la base de la fourchette donnée par l'employeur en question, le salaire moyen de CHF 84'500.-. C'était ainsi le revenu sans invalidité de CHF 89'440.- qu'il convenait de retenir et non pas celui purement théorique de CHF 81'338.-, soit le revenu de 2009 indexé jusqu'en 2015. Enfin, l'intimé aurait dû appliquer un abattement supplémentaire de 20 % et non pas de 15 %, ce afin de tenir compte de son âge, de sa maîtrise seulement orale du français, de sa nationalité, du fait qu'il avait travaillé de longues années pour la même entreprise et de sa capacité de travail partielle, ce qui diminuait ses chances de trouver un emploi. Partant, en retenant un revenu sans invalidité de CHF 89'440.- et un abattement supplémentaire de 20 %, le degré d'invalidité s'élevait à 71 %, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière.![endif]>![if> 39. Le 2 mai 2017, l'intimé a répondu et a conclu au rejet du recours, relevant tout d'abord que la décision querellée contenait une erreur de frappe, dès lors qu'elle se référait à une capacité de travail de 50 % au lieu de 60 %. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'intimé a rappelé que l'aggravation de l'état de santé datait du 1^{er} janvier 2014, de sorte qu'il convenait d'établir les revenus pertinents pour le calcul du degré d'invalidité en prenant cette année en considération. Cela étant précisé, l'intimé a relevé que le revenu sans invalidité retenu était erroné, dès lors qu'il comprenait les frais de déplacement, lesquels n'étaient pas soumis à cotisations sociales. Dans ces circonstances, on ne pouvait prendre en considération le revenu invoqué par le recourant. Enfin, s'agissant de l'abattement de 15

% sur le salaire statistique, il était conforme au droit, étant donné que les limitations fonctionnelles n'empêchaient pas la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle du recourant. Ainsi, en retenant une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée, on aboutirait à un degré d'invalidité de 58,33 %. Même si l'on devait appliquer un abattement supplémentaire, le taux d'invalidité serait de 60,78 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente entière. Il en irait de même en retenant une capacité de travail de 50 % et un abattement de 20 %, le degré d'invalidité étant de 67 %.

Le 19 juin 2017, le recourant a produit sa réplique et a relevé que l'« erreur de frappe », à laquelle se référait l'intimé n'était pas isolée mais se répétait à de nombreuses reprises. Partant, l'intimé ne pouvait, de bonne foi, se prévaloir du fait qu'il s'agissait d'une erreur de frappe. Par ailleurs, rien dans le dossier ne permettait de considérer que l'aggravation de l'état de santé n'aurait eu aucun impact sur sa capacité de gain. Dans ces circonstances, il concluait non seulement à la réalisation d'une expertise mais également à la mise en place d'un stage de réadaptation. Concernant le revenu sans invalidité, le recourant a relevé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le gain devait être évalué de manière aussi concrète que possible, ce que permettait l'attestation établie par l'ancien employeur. Le refus de prendre en considération ce document était d'autant plus incompréhensible que l'intimé s'était fondé sur une attestation similaire lorsqu'il avait déterminé le degré d'invalidité en 2011. S'agissant ensuite de la période déterminante pour procéder à la comparaison des revenus, il s'agissait bien de la date de la décision, soit 2017, et non pas de l'année 2014, date de l'aggravation de son état de santé. Pour le surplus, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Par duplique du 11 juillet 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions, considérant que le recourant semblait confondre perte de gain et incapacité de travail. Il y avait donc lieu de préciser que la décision querellée ne retenait pas une capacité de gain de 50 % mais une capacité de travail de 50 %. Quant à la perte de gain, elle avait été établie à 67 %, ce qui justifiait le versement de trois-quarts de rente. Au demeurant, le calcul opéré par l'intimé était à l'avantage du recourant, dès lors qu'il se fondait sur une capacité de travail de 50 % et non de 60 % telle que préconisée par le SMR.

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.

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. 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 1^{er} 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 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 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^{er} 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).! [endif]>! [if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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 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 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 1^{er} 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. 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 1^{er} 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 1^{er} 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. 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.![endif]>![if> 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 1 er 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.-. * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. L'admet partiellement et annule la décision du 6 février 2017.![endif]>![if> 3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.![endif]>![if>
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'000.-. ![endif]>![if>
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.![endif]>![if>
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.![endif]>![if> La greffière Marie NIERMARÉCHAL Le président Raphaël MARTIN 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.