

# GE\_GERICHTE A/971/2017 vom 22. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_971\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_971_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/971/2017 du 22 août 2017

IT: GE\_GERICHTE A/971/2017 del 22 agosto 2017

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à MEYRIN 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 1957, a travaillé en tant que menuisier dès 1976. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA).! [endif]> [if> 2. En 1979, l'assuré a subi un accident entraînant une lésion du ménisque externe du genou droit, qui a donné lieu à une méniscectomie le 16 mai 1980. [endif]> [if> 3. Le 18 février 2000, l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute de l'accident survenu en 1983. [endif]> [if> 4. Dans son rapport du 13 octobre 2000, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré que la capacité de travail dans le métier précédent était définitivement nulle. Les activités impossibles étaient la station debout de longue durée, la marche de longue durée, la marche sur terrains inégaux, la position agenouillée et la manipulation de poids. Les activités en position assise avec possibilité de changer de position et des déplacements limités étaient possibles. Il existait un dommage permanent. [endif]> [if> 5. Le 24 octobre 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant l'atteinte au genou. Il a indiqué solliciter un reclassement pour autant que son genou lui permette de travailler dans une autre profession, et à défaut une rente. [endif]> [if> 6. Dans le questionnaire rempli le 8 novembre 2000, l'employeur de l'assuré a indiqué que ce dernier travaillait pour lui depuis 1976 à raison de 41.5 heures par semaine pour un revenu mensuel de CHF 5'410.- en 2000. [endif]> [if> 7. Dans son rapport du 23 novembre 2000, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que l'atteinte existait depuis 1984. Le diagnostic était celui de gonarthrose externe droite post-traumatique. L'assuré avait subi une méniscectomie en 1984 ( recte 1980) et une ostéotomie le 4 avril 2000 dont l'évolution était favorable malgré des douleurs et un sentiment d'instabilité. L'état de l'assuré était pour l'heure stationnaire mais s'aggraverait dans le futur. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 avril 2000, pour une durée indéterminée. Des mesures professionnelles étaient indiquées. L'activité devait être assise avec la possibilité de changer de positions, et la marche était limitée. [endif]> [if> 8. Par décision du 8 mars 2002, la CNA a octroyé une rente d'invalidité de 42 % à l'assuré dès le 1 er avril 2001. Elle a retenu que sa capacité de gain était diminuée dans la même mesure. Ce taux résultait de la comparaison du gain de CHF 6'050.- réalisable sans l'accident avec celui que l'assuré pourrait obtenir dans une activité exigible, soit CHF 3'550.-, part du 13 ème salaire incluse. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % était également versée à l'assuré. [endif]> [if> 9. Dans son rapport du 23 mars 2002, le docteur D\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une répercussion

sur la capacité de travail de gonarthrose externe avancée et fémoro-patellaire du genou droit, d'état après méniscectomie externe en 1980, d'état après ostéotomie de varisation en avril 2000, de tendinopathie chronique de l'épaule droite et de syndrome du tunnel carpien droit. L'état était stationnaire et l'incapacité de travail totale depuis mars 2000. L'assuré se plaignait de douleurs intermittentes du genou droit selon ses activités. L'activité habituelle n'était plus possible mais une autre activité était exigible à 50 % (par exemple en tant que coursier ou dans un travail administratif). Le périmètre de marche lente était estimé à 30 minutes ou 1500 mètres. L'assuré pouvait rester assis cinq heures par jour de manière non continue. Les positions debout et statique étaient limitées à une heure par jour. Les positions à genoux et en inclinaison du buste étaient proscrites. L'utilisation des deux bras était limitée, le port de charges ne devait pas excéder 8 kg. L'assuré ne pouvait travailler en hauteur ou se déplacer sur des terrains irréguliers ou en pente. Le froid devait être évité.

10. L'assuré a suivi une mesure d'orientation professionnelle auprès du Centre d'intégration professionnelle (CIP) du 24 février au 11 avril 2003, date à laquelle cette mesure a été interrompue d'entente entre les parties. Dans leur rapport du 28 mai 2003, les spécialistes du CIP ont relevé que l'assuré s'était montré très coopératif et engagé, sans laisser paraître son atteinte à l'épaule. En cours de stage, une diminution importante de ses capacités physiques avait été constatée. Il s'était toujours présenté avec entrain et voulait faire de son mieux. Il avait voulu ignorer son handicap, mais il devait se rendre à l'évidence quant à la possibilité d'utiliser son bras. Un rendement moyen de 45 % sur un plein temps pourrait être envisagé, avec un risque d'absentéisme plus élevé. Cependant, au vu du fonctionnement « tout ou rien » de l'assuré, une activité dans laquelle il pourrait gérer son temps de travail et de repos était souhaitable. En effet, l'assuré souhaitait poursuivre une activité professionnelle indépendante. Il avait une clientèle et disait pouvoir gérer lui-même les contraintes imposées par ses atteintes à la santé (horaires, résistance à long terme, pauses supplémentaires, journées difficiles en raisons de douleurs). De plus, il affirmait que son projet professionnel de réparateur polyvalent indépendant (« homme à tout faire » dans le secteur du second œuvre) lui permettrait d'avoir un revenu équivalent à celui qu'il obtiendrait en exerçant une activité salariée dans le circuit économique normal, à savoir environ CHF 2'500.- par mois pour une capacité résiduelle de travail de 45 %. Les spécialistes du CIP appuyaient ce compromis, car l'assuré était motivé par ce métier, il avait une attitude volontaire et sa proposition était constructive. Cette orientation pouvait convenir si l'assuré restait attentif au respect des contre-indications médicales signalées par le Dr D\_\_\_\_\_. Il indiquait avoir déjà obtenu l'accord de la CNA. Vu la détermination affichée par l'assuré, le CIP considérait que le forcer à se reclasser dans une autre direction serait contre-productif et présentait un risque d'échec majeur.

11. Dans son rapport du 10 juin 2003, le Service de réadaptation de l'OAI a noté que l'assuré avait adopté une attitude coopérative et engagée durant la mesure d'observation. Il avait essayé de reléguer ses douleurs au deuxième plan, essayant de s'engager physiquement comme une personne entièrement valide, sans tenir compte de ses atteintes. La situation s'était rapidement détériorée et les observations faites en atelier avaient révélé un rendement moyen de 45 %, le risque d'absentéisme étant pour le surplus jugé plus élevé si l'assuré n'avait pas la possibilité de gérer son temps de travail et les temps de repos. Au vu de ces éléments, l'assuré privilégiait une activité indépendante et ne souhaitait pas être reclassé dans une activité salariée dans le circuit économique normal. Compte tenu de ses capacités d'adaptation et d'apprentissage relevées dans le rapport du CIP, un reclassement professionnel dans les domaines de l'industrie, du commerce, des services ou dans la

bureautique lui aurait permis de requérir un emploi qualifié de niveau 3 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Nonobstant sa capacité résiduelle de travail de l'ordre de 45 %, le reclassement professionnel proposé aurait été nécessaire pour diminuer son degré d'invalidité de l'ordre de 67.8 %, calculé en tenant compte d'une activité de niveau 4, soit une activité simple et répétitive. L'assuré désirait se mettre à son compte. Dans cette perspective, il avait effectué différents travaux le 18 juillet 2002 et il disait avoir déjà reçu des promesses de mandats pour son activité indépendante. En exerçant une activité de réparateur polyvalent indépendant, l'assuré pourrait réaliser un revenu équivalent à celui qu'il aurait pu obtenir dans le cadre d'une activité salariée dans le circuit économique normal, soit environ CHF 2'500.- par mois à 45 %. En tenant compte d'un revenu de CHF 30'000.- réalisable dans l'activité indépendante et du revenu sans invalidité de CHF 73'060.-, le degré d'invalidité était de 58.93 %. Le Service de réadaptation de l'OAI proposait ainsi de mettre l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité. Selon ses calculs, le revenu exigible à l'échéance des mesures professionnelles était pratiquement identique et même légèrement inférieur à celui qui pourrait être perçu en tant qu'indépendant. Il estimait que l'assuré avait tout mis en œuvre pour diminuer la perte de gain due à l'invalidité et l'en félicitait.!

12. Dans le calcul du degré d'invalidité joint, l'OAI a tenu compte pour le salaire avec invalidité d'un revenu de CHF 5'307.-, correspondant au salaire d'une activité de niveau 3 selon le tableau TA1 de l'ESS 2000, ligne Total. Indexé et adapté à la durée normale de travail de 41.9 heures en 2003, le revenu était de CHF 67'840.- et de CHF 27'475.- à 50 % après un abattement de 10 %. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 73'060.- que l'assuré aurait pu réaliser en 2003, le degré d'invalidité était de 62.39 %.

13. Dans son rapport du 13 mai 2003, le docteur E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une tendinopathie chronique de l'épaule droite, une gonarthrose droite et un status après ostéotomie du genou, avec répercussions sur la capacité de travail. L'assuré présentait également une atteinte du tunnel carpien, sans incidence sur sa capacité de travail. Le Dr E \_\_\_\_\_ préconisait une expertise avant de statuer sur le droit à la rente de l'assuré.!

14. Par décision du 21 janvier 2004, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> mars 2001. Il a tenu compte d'un degré d'invalidité de 58.93 %, résultant de la comparaison du revenu sans invalidité de CHF 73'060.- et du revenu après invalidité de CHF 30'000.-.!

15. À l'issue de la procédure de révision de la rente entamée en 2005, l'OAI a communiqué à l'assuré que son droit à la rente ne s'était pas modifié par courrier du 15 juin 2006.!

16. Une arthro-IRM de l'épaule droite, réalisée le 17 mars 2008, a révélé des arguments en faveur d'une rupture transfixiante du tiers antérieur du tendon du sus-épineux, sans rétraction tendineuse ou d'atrophie volumique ou graisseuse associée ; une tendinopathie du muscle sus-épineux restant avec remaniement scléro-géodique sous-chondral du versant postérieur du trochiter ; une rupture partielle des fibres profondes du tendon du muscle sub-scapulaire, ses fibres superficielles encore tendues maintenant le long chef du biceps dans sa gouttière ; une tendinopathie du muscle sous-épineux et une arthrose acromio-claviculaire.!

17. Dans le questionnaire de révision de la rente rempli le 4 août 2009, l'assuré a signalé une aggravation de son état de santé depuis 2007, liée à un problème de genou, un blocage du dos et des ligaments déchirés à l'épaule droite. Sa capacité de travail était de 50 %.

18. Le 17 août 2009, le Dr D \_\_\_\_\_ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré, qui souffrait d'une volumineuse hernie discale L4-L5 avec luxation depuis octobre 2007. Il était suivi par le Dr E \_\_\_\_\_.

19. Le 27 août 2009, le Dr E \_\_\_\_\_ a fait état d'une amélioration

de l'état de santé de l'assuré. Les diagnostics avec une incidence sur la capacité de travail étaient ceux de tendinopathie de l'épaule droite et de lombosciatalgies. L'évolution était favorable.!

19. Dans son avis du 7 juin 2010, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu à titre de limitations fonctionnelles l'alternance des positions assise et debout, l'impossibilité du port de charges de plus de 5 kg et du travail les bras au-dessus de la tête, à l'horizontale ou en abduction. Il a fait état d'une amélioration de l'état de l'assuré avec une évolution favorable des lombosciatalgies. Il n'y avait rien de changé à l'épaule droite. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée, et il n'y avait pas de changement.!

20. Le 14 juin 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré que son droit à la rente ne s'était pas modifié.!

21. Dans une note du 17 mai 2013, l'OAI a retenu que les revenus ressortant de la comptabilité de l'assuré représentaient une moyenne de CHF 17'487.- pour 2010 et 2011. Ils étaient ainsi inférieurs au revenu d'invalidité déterminé dans le rapport du 10 juin 2003 et il n'y avait pas de motif de révision.!

22. Le 30 mai 2013, l'OAI a communiqué à l'assuré que son droit à la rente ne s'était pas modifié.!

23. Le 11 avril 2016, l'assuré a signalé une dégradation de son état de santé à l'OAI. Ses problèmes s'étaient aggravés depuis novembre 2014, et les douleurs et la diminution de la mobilité étaient telles qu'il n'était plus en mesure d'accomplir ses activités habituelles. Sa capacité de gain s'était réduite.!

24. Le 17 mai 2016, l'OAI a obtenu les documents médicaux suivants :

a. rapport d'arthro-IRM du 4 novembre 2014 de l'épaule droite, concluant à une forte suspicion d'un descellement des ancrures chirurgicales avec la présence de deux ancrures chirurgicales intra-articulaires à la partie supérieure de la tête humérale et la désinsertion complète des tendons supra et infra-épineux, dont le moignon proximal était situé à hauteur de l'interligne articulaire ; à une rupture partielle supérieure du tendon petit rond et une importante tendinopathie de la poulie du long chef du biceps ; à une arthrose gléno-humérale modérée ; à une arthrose acromio-claviculaire modérée à marquée ; à une atteinte trophique modérée importante du muscle infra-épineux et à un aspect davantage préservé du muscle supra-épineux ;!

b. rapport du 17 novembre 2014 du docteur G\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui notait six mois après une suture de la coiffe une déficience de la coiffe postéro-supérieure au testing. L'IRM objectivait une récurrence de rupture de la coiffe supérieure rétractée au sommet de la glène. La coiffe postérieure était rompue au niveau de l'infra-épineux avec une dégénérescence graisseuse de stade II à III au niveau de la musculature. Il y avait donc une rupture massive de coiffe, actuellement irréparable. La radiographie mettait par ailleurs en évidence des signes d'arthrose débutante. Il n'y avait actuellement pas de solution chirurgicale à proposer. L'éventualité d'une prothèse totale d'épaule inversée était discutée, mais elle n'était actuellement pas indiquée au vu de la mobilité préservée. Un stage à la Clinique romande de réadaptation (CRR) serait utile pour déterminer la capacité de travail résiduelle de l'assuré ;!

c. rapport du 2 juin 2016 de la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, que l'assuré avait consulté dans un contexte de doigt à ressaut évoluant depuis un mois. L'assuré avait bénéficié d'un tunnel carpien droit avec évolution favorable sans récurrence. À l'examen clinique, des douleurs à la palpation étaient relevées, avec un ressaut objectivé. L'assuré présentait des blocages de l'annulaire gauche. Il souffrait d'une ténosynovite sténosante de l'annulaire gauche, pour laquelle une infiltration avait été réalisée le jour même. En cas de non réponse ou récurrence de la pathologie, une sanction chirurgicale serait

proposée.![endif]>![if> 25. Dans son rapport du 19 décembre 2016, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que le travail impliquant le membre supérieur droit ou les activités bimanuelles n'étaient plus exigibles. Dans un poste adapté, la capacité de travail restait pleine. L'atteinte à la santé remontait à mai 2014, soit à l'intervention chirurgicale. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé à novembre 2014. ![endif]>![if> 26. Le 10 janvier 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel il refusait d'augmenter sa rente d'invalidité. Il s'est référé aux conclusions du SMR, affirmant que les éléments médicaux nouveaux ne modifiaient pas sa précédente appréciation.![endif]>![if> 27. Par décision du 20 février 2017, l'OAI a confirmé les termes de son projet.![endif]>![if> 28. Par acte du 20 mars 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a fait valoir que la gravité de la pathologie révélée par l'arthro-IRM et le Dr G\_\_\_\_\_ n'avait pas été prise en considération par l'intimé. Il n'était pas en mesure de réaliser son revenu comme par le passé. Il a allégué que la baisse du revenu d'invalidité était un motif de révision. ![endif]>![if> 29. Dans sa réponse du 13 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a fait valoir que selon le SMR, les diagnostics étaient inchangés et que la capacité de travail restait entière dans une activité adaptée. Or, il n'y avait pas matière à révision lorsque les circonstances restaient inchangées. L'obligation de réduire le dommage imposait à un assuré de mettre sa capacité de travail résiduelle à profit. ![endif]>![if> 30. Dans sa réplique du 30 mai 2017, le recourant s'est référé à un rapport établi le 29 mai 2017 par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, qu'il a produit et dont il a affirmé qu'il confirmait ses allégations. ![endif]>![if> Le Dr J\_\_\_\_\_ y a indiqué que les derniers examens IRM de l'épaule droite et de la colonne lombaire du 12 mai 2017 révélaient une aggravation des lésions. Ces lésions étaient en rapport avec les symptômes de sciatique à bascule. Au niveau de l'épaule droite, on notait une déstructuration complète de la coiffe des rotateurs, une arthrose évoluée, une synovite et bursite sous-acromio-deltaïdienne, en rapport avec l'impotence décrite par le recourant dans certains mouvements. Une activité en position debout prolongée semblait aléatoire en raison des lésions lombaires. Le Dr J\_\_\_\_\_ émettait ainsi un doute sur la capacité du recourant à accomplir les gestes usuels dans son métier. Une révision lui paraissait indiquée. Les clichés des IRM étaient joints à son rapport. 31. Dans sa duplique du 3 juillet 2017, l'intimé a implicitement persisté dans ses conclusions. S'agissant du rapport du Dr J\_\_\_\_\_, il a soutenu que la légalité d'une décision devait s'examiner selon l'état de fait existant au moment où elle était rendue. Pour le surplus, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR du 26 juin 2017, qu'il a produit.![endif]>![if> Dans cet avis, la doctoresse K\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant présentait une aggravation de ses atteintes lombaires et de l'épaule droite objectivés postérieurement à la décision du 20 février 2017. Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR étaient compatibles avec ces atteintes et étaient les mêmes que celles que retenait le Dr J\_\_\_\_\_. 32. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 5 juillet 2017.![endif]>![if> 33. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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 er 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier

2003, est applicable à la présente procédure. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, plus précisément sur le point de savoir si son état de santé a subi une aggravation influant sur son droit aux prestations depuis la dernière décision au fond de l'intimé. C'est ici le lieu de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits qui sont survenus postérieurement et ont modifié cette situation doivent en règle générale faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er 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). 6. En vertu de l'art. 28 al. 1 er 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 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF

112 V 371 consid. 2b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré a été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

8. a. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2013 du 29 juillet 2014 consid. 2.2).

b. 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).

c. 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 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).

d. 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. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de

travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). 10. En l'espèce, la chambre de céans précisera en préambule que la survenance d'une aggravation doit être analysée en comparant la situation du recourant à celle qui était la sienne en 2003 et 2004. C'est en effet dans le cadre de la procédure d'instruction ayant conduit à l'octroi d'une demi-rente en janvier 2004 que l'intimé a pour la dernière fois procédé à un examen matériel du droit à la rente au sens de la jurisprudence précitée. Les communications du 15 juin 2006 et du 14 juin 2010 faisaient en effet suite à de simples demandes de renseignements auprès du médecin traitant, sans nouvelle analyse des circonstances et sans comparaison des revenus, ce qui ne constitue pas un examen matériel suffisant conformément à cette même jurisprudence. Si l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant du 11 avril 2016 après avoir pris connaissance des rapports médicaux établis depuis 2014, il l'a rejetée en se référant aux conclusions du SMR, qui considérait que les nouveaux éléments ne modifiaient pas sa précédente approbation. En premier lieu, il convient de souligner que l'avis du Dr I\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2016 ne satisfait à l'évidence pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante de rapports médicaux. Il apparaît en outre se fonder sur une méconnaissance du dossier : le Dr I\_\_\_\_\_, à l'instar d'ailleurs du Dr F\_\_\_\_\_, a retenu que le recourant avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or, le Dr D\_\_\_\_\_ avait en 2002 conclu à une capacité de travail de 50 % seulement dans une activité adaptée. Le stage d'observation avait conduit l'intimé à retenir que la capacité résiduelle de travail du recourant n'était que de 45 %, compte tenu de ses atteintes à la santé et de la diminution de rendement qu'elles entraînaient, et ce bien que sa coopération et sa collaboration fussent irréprochables. Par ailleurs, selon le Dr I\_\_\_\_\_, la capacité de travail du recourant est pleine dans une activité adaptée, laquelle ne doit pas comprendre de travaux impliquant le bras droit ou des activités bimanuelles. Ces limitations fonctionnelles ne tiennent aucun compte de l'atteinte au genou, pourtant prise en considération en 2004. De plus, ni le Dr F\_\_\_\_\_ ni le Dr I\_\_\_\_\_ ne se sont prononcés sur les nouvelles atteintes apparues dans l'intervalle. Le recourant présente en effet une hernie discale depuis 2007. Il souffre par ailleurs de lombosciatalgies depuis 2009, dont le Dr E\_\_\_\_\_ a admis l'incidence sur la capacité de travail. Il semble en outre que sa pathologie à l'épaule se soit aggravée. Le recourant a également présenté une ténosynovite sténosante de l'annulaire gauche, dont on ignore s'il s'agit d'une atteinte durable. Le SMR n'a tenu aucun compte de ces atteintes. À ce sujet, on ne peut en particulier pas suivre la Dresse K\_\_\_\_\_ lorsqu'elle affirme que l'aggravation des atteintes lombaires et de l'épaule droite est postérieure à la décision litigieuse. Comme on l'a vu, les douleurs lombaires ont été signalées dès 2009. Quant à l'atteinte de l'épaule droite, son aggravation paraît ressortir notamment du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 17 novembre 2014. Enfin, de nouvelles limitations fonctionnelles paraissent affecter la capacité de gain du recourant. Le Dr I\_\_\_\_\_ exclut en effet les activités bimanuelles, alors que de telles activités n'étaient pas totalement proscrites en 2004. Au vu de ces éléments, c'est à tort que l'intimé a retenu que la situation du recourant ne s'était pas modifiée. Il n'existe cependant au dossier aucun rapport médical en tous points conforme aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral permettant de déterminer dans quelle mesure la capacité de travail et de gain du recourant a évolué depuis la décision de janvier 2004. 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). Les conditions d'un renvoi sont en l'espèce réalisées, dès lors que l'intimé n'a pas instruit à satisfaction de droit la situation médicale du recourant. Il lui appartiendra ainsi de mettre en œuvre une expertise rhumatologique afin de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis janvier 2004, avant d'examiner les conséquences économiques d'une éventuelle aggravation en procédant à un nouveau calcul du degré d'invalidité. 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 (art. 61 let. g LPGA). 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 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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