RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1031/2021 **ATAS/1015/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 septembre 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o B_____SA, à LE LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Samir DJAZIRI	recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Par décision du 3 février 2015, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande déposée par Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) visant à obtenir la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle. L'OAI a en effet retenu un degré d'invalidité de 8%, ne suffisant pas à ouvrir le droit à des prestations AI.

2. L'assuré a interjeté recours le 18 février 2015 contre ladite décision, sollicitant la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle.

3. Par arrêt du 1er septembre 2015, la chambre de céans a rendu un arrêt (ATAS/647/2015), dans la cause A/636/2015. Reprenant le calcul du degré d'invalidité de l'assuré, elle a fixé celui-ci à 26%, soit à un taux permettant la prise en charge d'un reclassement. Le recours a été admis, la décision du 3 février 2015 annulée et la cause renvoyée à l'OAI.

4. Suite au renvoi de la cause, l'OAI a demandé aux établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) de convoquer l'assuré pour un stage, en vue d'évaluation et d'orientation en date du 27 février 2017.

5. Dans son rapport du 26 juin 2017, les EPI se sont déterminés comme suit quant au mandat de mesure d'orientation professionnelle :

   « La mobilité réduite du membre supérieur gauche, non dominant, ne permet pas à l'assuré d'exercer des activités bi-manuelles. En effet, le port d'une écharpe au niveau du bras gauche a été constant durant la mesure. Dans ce contexte, les activités mono manuelles avec le bras droit, simples et répétitives (de type sériel), seules activités accessibles à l'assuré, n'ont pas été réalisées de manière correcte : les rendements sont significativement en dessous des exigences du milieu économique et les résultats ne correspondent pas aux critères qualité définis. En outre, des douleurs au bras droit apparaissent à force de le solliciter, selon l'assuré.
   Le niveau scolaire est peu développé et le faible niveau de français ne permet pas à l'assuré d'être autonome dans un nouveau travail. Tout nouvel apprentissage de base passe systématiquement par un accompagnement soutenu de la part de l'encadrement avec des démonstrations et des contrôles fréquents.
   L'assuré est, en outre, très inquiet par rapport à son état de santé et sa situation financière, ce qui l'empêche totalement de se projeter dans l'avenir de manière positive. Par ailleurs, des signes d'un déconditionnement ont pu être observés : rythme lent, difficulté de concentration et manque de régularité. La polyvalence de l'assuré est extrêmement faible.
   Au vu de ces constatations, il n'est pas possible d'envisager une piste professionnelle réaliste qui tienne compte des limitations de l'assuré ».

   En accord avec l'OAI, les EPI ont décidé de mettre fin à la mesure avec effet au 16 avril 2017.

6. Sur demande de l'OAI, le docteur C_____, du SMR, a réalisé un examen clinique rhumatologique, en date du 30 octobre 2017, et a rédigé un rapport daté du 6 novembre 2017 dont il ressortait, notamment, que :

   « L'assuré limite de manière importante l'utilisation du MSG (membre supérieur gauche) dans le cadre de douleurs du coude. Étant donné la présence d'une arthrose tri-compartimentale, l'arthroplastie limitée à la tête radiale n'a pas permis de soulager l'assuré de ses douleurs. L'arthrose et la présence d'une prothèse de la tête radiale nécessitent une diminution des contraintes mécaniques exercées sur le coude.
   (…) La tolérance du coude droit aux contraintes mécaniques est donc nettement supérieure que celle du coude gauche. Étant donné le status après luxation de cette articulation et la présence d'une calcification péri articulaires, il y a toutefois lieu de ne pas soumettre cette articulation à de fortes contraintes mécaniques afin d'éviter une aggravation de la situation. (...)
   Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assuré a des ressources physiques suffisantes pour exercer une activité essentiellement mono-manuelle droite, toutefois sans mouvements répétitifs ni contre résistance, le MSG pouvant servir de léger appui. (...) Si l'activité n'implique pas des mouvements répétitifs ou contre résistance du MSD (membre supérieur droit), la capacité de travail de l'assuré est de 75%. Le cumul de l'atteinte du coude gauche, du coude droit et de la colonne lombaire, justifie une baisse de rendement de 25% dans une activité adaptée. (...)
   Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la faible tolérance aux contraintes mécaniques du coude gauche dans le cadre d'une arthrose et d'une arthroplastie de la tête radiale, de la tolérance aux contraintes mécaniques du coude droit dans le cadre des séquelles d'une luxation et de la tolérance de la colonne lombaire dans le cadre d'une discopathie prédominant en L3-L4 et L4-L5 et d'une arthrose des articulations postérieures ».

   En fin de rapport, le Dr C_____ a conclu que l'assuré ne pouvait pas reprendre une activité de maçon, son activité initiale, mais que dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 75%. Cette baisse de rendement de 25% pouvait être fixée à partir du rapport du Dr D_____ qui avait été établi le 20 décembre 2016.

7. Un projet de décision d'octroi de demi-rente a été adressé par l'OAI à l'assuré, en date du 20 mars 2018.

8. Sur opposition, l'OAI a, par décision du 25 septembre 2018, confirmé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à l'assuré, à partir du 1er décembre 2017 en retenant un degré d'invalidité de 51% et en considérant que d'autres mesures professionnelles ne permettaient pas de réduire le dommage et n'étaient donc pas indiquées.

   L'OAI relevait que selon les éléments médicaux et professionnels recueillis et après lecture des pièces médicales par le SMR et compte tenu des limitations

fonctionnelles retenues, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis le 5 décembre 2013. Toutefois, l'OAI considérait que dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles de l'assuré, sa capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible était de 100% sans baisse de rendement depuis cette même date.

Selon l'OAI, le gain réalisé par l'assuré sans invalidité, dans son activité habituelle, correspondait à un revenu annuel de CHF 76'378.-, alors que le gain réalisé, avec invalidité, dans une activité adaptée, correspondait à un montant de CHF 53'404.-. La comparaison entre le gain annuel réalisé sans invalidité et le gain annuel théorique avec invalidité permettait d'aboutir à une perte de gain de 26,15% arrondie à 26%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente, car inférieure à 40%.

Néanmoins, l'OAI considérait sur la base des documents médicaux, qu'à partir du mois de décembre 2016, il fallait reconnaître une baisse de rendement de 25% de la capacité médico-théorique de 100%. Dès lors, en reprenant le gain de CHF 76'378.- et en le comparant avec le gain réalisé, avec invalidité, en déduisant la baisse de rendement de 25%, l'OAI parvenait à un montant de CHF 37'481.-. La comparaison entre le gain annuel réalisé sans invalidité et le gain annuel théorique avec invalidité et baisse de rendement de 25% permettait d'aboutir à une perte de gain de 50,9% arrondie à 51%, ce qui ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité.

9. L'assuré a recouru contre cette décision en date du 26 octobre 2018. Il a conclu, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à la constatation qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité.

10. Par arrêt du 24 octobre 2019 (ATAS/975/2019), la chambre de céans a rejeté le recours, au motif que le taux d'invalidité retenu de 51% n'était pas critiquable. L'arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours et est entré en force.

11. Moins de deux mois après la notification de l'arrêt du 24 octobre 2019, l'assuré a déposé, en date du 18 décembre 2019, une nouvelle demande de prestations d'invalidité en indiquant comme atteinte à la santé : « Mal aux bras gauche et droite ».

12. À la demande de l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, le docteur E_____, généraliste, a communiqué un rapport médical du 8 janvier 2020 dans lequel il retenait, comme atteinte à la santé, une arthrose sévère avec un début de longue maladie en 2016, et une discopathie L3-L4-L5 accompagnée d'une tendinopathie de l'épaule. La capacité de travail exigible était jugée à 0%, en activité habituelle et en activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient d'éviter les déplacements prolongés, le port de charges, la position assise ou la position debout prolongée.

13. En date du 2 juillet 2020, l'assuré a été convoqué pour un entretien par le service extérieur de l'OAI. L'entretien a permis d'établir que l'assuré avait exercé une activité de nettoyeur de sol, de septembre 2018 à mars 2019, auprès de la société française F_____, à Ville-la-Grand (France), puis de nettoyeur, à 100%, d'avril à octobre 2019, auprès de l'employeur français G_____ Sàrl, à Neydens (France).

De même, l'assuré a admis avoir travaillé pour une entreprise de nettoyage dans un hôtel, à Chamonix, en février 2020. L'assuré avait omis de déclarer ces trois activités à l'OAI.

14. Un avis de sortie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) daté du 28 septembre 2020 établissait le retour à domicile du patient après avoir été admis pour des douleurs abdominales et un arrêt du transit. Un diagnostic principal de iléus mécanique était posé en date du 25 septembre 2020 et le traitement prescrit à la sortie consistait en la prise de Dafalgan 1gr, à raison de deux ou trois fois par jour, étant précisé que le scanner de l'abdomen réalisé le 25 septembre 2020 aux HUG indiquait qu'il n'y avait « pas de signes de souffrance ».

15. Dans un rapport du 2 novembre 2020, le SMR de l'OAI, sous la plume du docteur H_____, a récapitulé la situation de l'assuré, au bénéfice d'une demi-rente depuis le 1er décembre 2017 et a résumé le rapport médical du Dr E_____, avant de conclure qu'il considérait que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était toujours de 75%, avec présence de limitations fonctionnelles supplémentaires, à savoir pas de déplacements prolongés et de port de charges, pas de position assise ou debout prolongée, pas de travail au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs. Ce nonobstant, le SMR a conclu qu'il n'y avait pas de modifications dans la capacité de travail dans une activité adaptée, que l'atteinte principale était une arthrose tricompartimentale du coude gauche avec comme autre atteinte des lombalgies chroniques et une tendinopathie de l'épaule droite et que la capacité de travail dans une activité adaptée était toujours de 75%.

16. Par projet de décision du 15 décembre 2020, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité était toujours de 51%, ce qui ne modifiait pas le droit à une demi-rente, dès lors que l'aggravation de l'état de santé ne modifiait pas la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

17. Par courrier du 19 janvier 2021, le conseil de l'assuré s'est opposé au projet de décision, joignant un certificat de consultation du Dr E_____, daté du 30 décembre 2020, dans lequel ce dernier mentionnait que l'assuré souffrait d'une impotence sévère du coude gauche sur arthroplastie post-fracture, d'une spondylodiscarthrose lombaire, d'une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite et d'occlusion intestinale à répétition, sur adhérences, qui imposaient un régime strict et occasionnaient des douleurs et ballonnements abdominaux quotidiens. Il concluait que le patient devait se voir reconnaître une invalidité totale et pourrait profiter « d'une contre-expertise indépendante avec un orthopédiste ou chirurgien de la main ». Le certificat mentionnait qu'il avait été rédigé à la demande du patient.

18. Par avis médical du 3 février 2021, le SMR, sous la plume du Dr H_____, s'est prononcé sur le rapport médical du 28 septembre 2020 des HUG, ainsi que sur le rapport médical du médecin traitant daté du 30 décembre 2020. Concernant les

pièces médicales relatives à l'événement digestif, le SMR a conclu qu'il s'agissait d'un simple iléus grêle d'allure mécanique, sans souffrance organique et ne nécessitant pas de traitement spécifique. Concernant le volet orthopédique, il n'y avait aucun nouvel élément au dossier pouvant justifier la réalisation d'une expertise orthopédique et le SMR concluait à ce que les pièces médicales communiquées ne modifiaient pas son avis médical de novembre 2020.

19. Se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a rendu une décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité datée du 16 février 2021, reprenant la motivation du projet de décision et concluant que les nouveaux éléments médicaux transmis n'étaient pas de nature à modifier les conclusions de l'avis médical du SMR, rendu le 2 novembre 2020.

20. Par écriture postée le 19 mars 2021, le conseil de l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 16 février 2021, concluant préalablement à ce qu'une expertise orthopédique soit ordonnée, et principalement à ce que la décision querellée soit annulée et qu'il soit constaté que le recourant avait droit à l'octroi d'un trois-quarts de rente de l'assurance-invalidité, dès le mois de décembre 2019 et que l'intimé soit condamné aux frais et dépens.

21. Par réponse du 19 avril 2021, l'OAI a rappelé que, selon la jurisprudence, la rente ne pouvait être révisée qu'en cas de modification sensible de l'état de santé ou lorsque les conséquences sur la capacité de gain avaient subi un changement important. Il n'y avait pas matière à révision lorsque les circonstances étaient demeurées inchangées et que les motifs de la suppression ou de la diminution de la rente résidait uniquement dans une nouvelle appréciation. Après comparaison de la situation telle qu'elle ressortait de l'arrêt rendu par la chambre de céans le 24 octobre 2019 et la situation telle qu'elle avait été établie suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 18 décembre 2019, il était retenu que la situation médicale au niveau orthopédique était similaire à celle qui prévalait autrefois et les limitations fonctionnelles identiques. Le temps extrêmement court écoulé depuis l'arrêt du 24 octobre 2019 était un critère de sévérité dans la comparaison des deux états de fait. Aucun élément n'attestait de la détérioration de l'état de santé du recourant ; par conséquent, le recours devait être rejeté.

22. Par courrier du 18 mai 2021, le conseil du recourant a renoncé à répliquer tout en persistant intégralement dans les termes et conclusions de son recours du 19 mars 2021.

23. 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI de refuser d'augmenter la demi-rente d'invalidité octroyée au recourant et singulièrement sur l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision rendue par l'intimé en date du 25 septembre 2018.

4. a. 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 1er janvier 2008).

   b. 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.

   c. 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. 28a al. 1 LAI).

   d. 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).

5. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant - ou, comme dans le cas d'espèce, n'a été allouée que partiellement - la nouvelle demande

ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2).

b. 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 précité consid. 2.2). 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 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 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

c. L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS, 2003, p. 396 ch. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; ATF 109 V 262 consid. 4a).

d. 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 du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence,

elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 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 consid. 5.3.2) 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 et ATF 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

6. a. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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 propres 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).

   b. 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Si l'administration 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 et 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

7. 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).

8. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, l'administration étant entrée en matière, ce point n'est pas litigieux, de sorte que la chambre de céans n'a pas à examiner comment l'OAI a tranché cette question. Au vu de la jurisprudence citée précédemment, il s'agit de déterminer, si dans le cas particulier, l'OAI a bien instruit tous les aspects médicaux et juridiques pour s'assurer que la modification du degré d'invalidité invoquée par l'assuré était effectivement survenue, ceci en comparant les circonstances existant lorsque la nouvelle décision a été prise (en date du 16 février 2021), avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (en date du 24 octobre 2019), pour apprécier si dans l'intervalle une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente était intervenue.

Le recourant invoque une aggravation de son état de santé qui serait intervenue depuis la dernière décision de l'OAI entrée en force, soit la décision du 25 septembre 2018 confirmée par l'arrêt rendu par la chambre de céans en date du 24 octobre 2019 (ATAS/375/2019).

À l'appui de ses allégations, le recourant produit le certificat médical du Dr E_____, daté du 30 décembre 2020.

Sur le plan orthopédique, comme l'a relevé l'intimé, ledit certificat ne fait pas mention d'une aggravation subite de la santé du recourant intervenue dans le laps de temps séparant la décision rendue par l'OAI le 25 septembre 2018 de la nouvelle demande de prestation d'invalidité du recourant ; le certificat donne l'opinion du Dr E_____ sur l'état de santé du recourant, tel qu'il existait déjà lors de la précédente procédure de recours.

En effet, le rapport du Dr C_____, du SMR, daté du 6 novembre 2017, faisait déjà état de ces troubles de la santé dans la précédente procédure A/3784/2018.

S'agissant des occlusions intestinales, elles sont décrites par le médecin traitant comme étant « à répétition », sans toutefois mentionner depuis quand. Or, ce trouble de la santé n'a pas été mentionné par le recourant dans sa nouvelle demande AI déposée le 18 décembre 2019, qui n'expose qu'un « mal aux bras gauche et droite » comme atteinte à la santé.

En ce qui concerne le degré de sévérité de cette atteinte, l'avis de sortie des HUG daté du 28 septembre 2020, après traitement de l'occlusion intestinale, ne mentionne aucun risque d'évolution négative, se contentant de prescrire du Dafalgan.

Le Dr H_____, dans son avis médical du SMR du 3 février 2021, mentionne qu'il s'agit d'un iléus grêle d'allure mécanique, sans souffrance organique et ne nécessitant pas de traitement spécifique.

Le recourant ne produit aucune pièce médicale qui pourrait rendre vraisemblable que ce nouveau trouble de la santé serait de nature à altérer durablement sa capacité de travail.

Les éléments médicaux que l'assuré a produits ont été soigneusement examinés par le SMR de l'OAI qui s'est clairement exprimé à leur sujet. La chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant n'a subi aucune aggravation de la santé qui, depuis la dernière décision rendue par l'OAI en septembre 2018, serait de nature à diminuer sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limites fonctionnelles.

Étant encore mentionné que la nouvelle demande de prestations d'invalidité a été déposée par l'assuré dans un court laps de temps après l'arrêt rendu par la chambre de céans (ATAS/975/2019), qui avait examiné en détail les troubles de la santé allégués par le recourant.

Les faits retenus par la chambre de céans présentent un degré de vraisemblance prépondérante ; il est dès lors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Partant, la demande d'expertise orthopédique requise par le conseil du recourant sera écartée.

À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans considère que le maintien du degré d'invalidité par l'OAI, à un taux de 51% n'est pas critiquable.

10. C'est donc à bon droit que l'intimé a rejeté la demande du recourant et a maintenu l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er décembre 2017 (art. 28 al. 1 et 2 *cum* art. 29 al. 1 et 3 LAI). Le recours sera donc rejeté.

11. Le recourant, qui succombe et qui s'est vu refuser l'assistance juridique, sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le