

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2257/2009

ATAS/1207/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 25 novembre 2010**

En la cause

Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER  
FÜLLEMANN

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane  
CORTHAY, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur B \_\_\_\_\_, ressortissant marocain né en 1953, est arrivé en Suisse en date du 10 mai 1977.
2. Le 2 décembre 1977, il a été engagé comme ouvrier par l'entreprise X \_\_\_\_\_ SA.
3. En raison d'une affection au poignet gauche, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente correspondant à un degré d'invalidité de 20 % par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) dès le 14 février 1979.
4. Le 27 mai 1980, l'intéressé a fait une chute dans les escaliers et s'est tordu le genou. Il a pu reprendre son travail relativement rapidement, soit le 4 juin 1980. Les médecins ayant constaté qu'un ligament était touché, il a été opéré en novembre 1981.
5. Licencié le 31 décembre 1981 par X \_\_\_\_\_ SA, l'assuré a retrouvé un emploi similaire chez Monsieur C \_\_\_\_\_ dès le 23 août 1982, à plein temps.
6. Le 27 mai 1983, la SUVA a rendu une décision niant tout droit de l'assuré à une rente suite à son accident.
7. En janvier 1985, l'assuré a dû se faire à nouveau opérer du genou et une rechute a été annoncée à la SUVA. En raison de l'état de son genou, l'assuré a été mis en arrêt de travail à 50 % pour une durée indéterminée par son médecin traitant, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
8. En avril 1986, l'assuré a été licencié par son employeur. Depuis lors, mis à part quelques petits emplois temporaires, il n'a plus exercé d'activité lucrative.
9. L'assuré a déposé auprès de l'assurance-invalidité une demande de reclassement, rejetée au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies (cf. décision sur recours du 29 août 1986 de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité; ci-après : la Commission).
10. La SUVA, en revanche, par décision du 1<sup>er</sup> décembre 1986, lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 % et à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 1986. La SUVA a en effet reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 50% compte tenu de ses problèmes de genou, tout en lui supprimant la rente d'invalidité par ailleurs la rente de 20% qu'elle lui avait alloué jusque là pour la lésion de son poignet, dont elle a constaté qu'elle n'avait en réalité jamais affecté l'assuré dans son travail.

11. Le 5 mai 1988, à l'issue d'une procédure de révision, la SUVA a confirmé ce degré d'invalidité.
12. Suite à une nouvelle rechute ayant nécessité une troisième opération en mai 1989, l'assuré s'est à nouveau tourné vers la SUVA qui, par décision du 6 août 1990, a augmenté sa rente à 66,66 % et lui a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 10 %. Cette décision est entrée en force.
13. Le 12 octobre 1990, l'assuré a requis de la SUVA une augmentation de sa rente à 100 %, ce qu'elle lui a refusé par décision du 30 octobre 1990.
14. En janvier 1991, l'assuré a dû subir une nouvelle intervention chirurgicale du genou, suite à laquelle il a demandé à se voir reconnaître une invalidité totale.
15. Le 1<sup>er</sup> juillet 1991, il a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie. Celui-ci a considéré que l'assuré pourrait pratiquer à plein temps une activité s'exerçant en position assise, étant précisé qu'il faudrait néanmoins compter avec une baisse de rendement de 20 % pour lui permettre certains changements de position. Dans un travail s'exerçant à la fois en position assise (deux tiers du temps) et debout (un tiers du temps), le médecin a considéré que le rendement serait de deux tiers pour un taux d'occupation de deux tiers également.
16. Une nouvelle demande de révision déposée auprès de la SUVA par l'assuré a été rejetée (cf. décision sur opposition du 6 juillet 1992, confirmée sur recours par la Cour de Justice [fonctionnant comme tribunal des assurances] par arrêt du 27 mai 1993 puis par le Tribunal fédéral des assurances par arrêt du 25 janvier 1994).
17. Le 20 mai 1992, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), visant à l'obtention d'une rente.
18. Le 2 juin 1992, l'OAI a rejeté cette demande au motif qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur la décision de la Commission du 29 août 1986. Cette décision est entrée en force.
19. Le 6 février 1997, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI.
20. Dans un certificat établi à l'attention de l'OAI le 15 avril 1997, le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité totale de travail depuis le 10 janvier 1991. Il a ajouté que l'état de son patient allait en s'aggravant et a émis l'avis qu'aucun recyclage professionnel ne pouvait être envisagé compte tenu de l'état de son genou.

21. Mandaté par l'OAI, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a procédé à une expertise.

Dans son rapport du 10 novembre 1997, il a dit avoir constaté que le genou de l'assuré était tuméfié et qu'il y siégeait un important épanchement intra-articulaire. Des tuméfactions osseuses étaient palpables et il y avait une limitation fonctionnelle. Le diagnostic posé était celui de gonarthrose tricompartmentale post-traumatique gauche.

Quant au poignet gauche de l'assuré, le médecin a constaté que sa fonction était excellente. Il a tout de même recommandé d'éviter les travaux de force et répétitifs.

Une activité tenant compte des limitations de l'expertisé - c'est-à-dire permettant de changer de position et d'éviter les travaux de force répétitifs du poignet gauche - pouvait selon l'expert être exercée à plein temps; une baisse de rendement de 20 % environ était à prévoir, pour tenir compte des changements de position nécessaires de temps en temps.

22. L'assuré a alors suivi à l'initiative de l'OAI un stage professionnel auprès du Centre d'Intégration professionnelle du 2 au 27 février 1998.

Dans leur rapport du 7 avril 1998, les maître de réadaptation ont souligné que non seulement l'assuré leur avait affirmé connaître les rendements et résultats à fournir pour obtenir une rente, mais encore qu'il avait également incité ses collègues stagiaires à ne pas coopérer, raison pour laquelle l'évaluation avait dû être réalisée de manière théorique.

Les maitres de stage ont émis l'avis que, compte tenu de ses limitations et sauf avis médical contraire, l'assuré serait capable, après quatre mois de réentraînement à l'effort, de pratiquer à plein temps et plein rendement une activité s'exerçant en position assise. Un emploi de servant de machines ou un travail sériel simple pouvaient être envisagés. Les maitres de stage ont toutefois recommandé de consulter le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) avant de se prononcer définitivement.

23. Le centre multidisciplinaire en question a donc été sollicité. Dans son rapport du 22 juin 1998, il a mis en évidence l'état de déconditionnement global et le désinvestissement de la jambe gauche, dont il a indiqué qu'il semblait déjà avoir conduit à un cercle vicieux de syndrome douloureux persistant. La pose d'une prothèse du genou semblait tout à fait contre-indiquée au vu de ce déconditionnement, qu'elle risquait d'aggraver, conduisant ainsi à une chronification définitive des douleurs.

24. Mandaté à son tour par l'OAI, le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) a rendu son rapport d'expertise multidisciplinaire le 28 décembre 2001.

A l'examen, les experts ont trouvé un patient d'un contact aisé, des signes d'arthrose modérés du genou plus que du poignet gauche, des limitations de la mobilité plus antalgiques que mécaniques, plusieurs signes de non-organicité, une certaine variabilité du comportement algique et une certaine démonstrativité. Ces éléments les ont conduits à poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, même si les douleurs exprimées par le patient avaient une base organique. En effet, les douleurs étaient variables et ne s'expliquaient par aucune atteinte neurologique (caractère atypique et absence d'un déficit territorial dans les segments lésés). Le diagnostic était renforcé par les circonstances psychosociales difficiles, ainsi que par l'attention accrue de la part de l'entourage, y compris du corps médical et légal, engendrée par ces douleurs.

En définitive, les experts ont retenu les diagnostics suivants : douleurs arthrosiques et somatoformes persistantes du genou gauche et du carpe gauche, gonarthrose tricompartmentale gauche avancée post-traumatique, arthrose post-traumatique mineure du carpe gauche, épisode dépressif léger sans syndrome somatique et trouble de la personnalité sans précision à traits immatures et paranoïaques.

Ils ont estimé que, tant pour des raisons physiques que psychiques, la capacité à exercer l'activité habituelle était inférieure à 20 % probablement depuis 1990 mais que l'assuré restait en revanche capable d'exercer à 50 % une activité adaptée et ce, de manière durable, même avec un traitement antidépresseur.

25. Le 21 juin 2002, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997 le droit à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 47 %.
26. Par courrier du 5 juillet 2002, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision en alléguant que la SUVA lui avait reconnu un degré d'invalidité de 66,66 % et qu'il était d'ailleurs impossible de conclure à une capacité de travail de 50 % à la lecture des rapports du COPAI et du Centre multidisciplinaire de la douleur. Quant aux experts du COMAI, l'assuré a relevé que le rhumatologue avait conclu à une capacité de travail de 40 %, alors que le psychiatre l'avait estimée à 30 %. En définitive, l'assuré demandait que lui soit reconnu, du point de vue de l'assurance-invalidité, un degré d'invalidité au moins égal à celui admis par l'assurance-accidents, soit 66,66 %.
27. Par décision du 15 novembre 2002, l'OAI a octroyé à l'assuré, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1997, une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 52 %.

28. Le 25 août 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales, qu'avait saisi l'assuré, a partiellement admis le recours de ce dernier et avancé au 1<sup>er</sup> février 1996 le début du droit à la demi-rente. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral en date du 3 février 2006.
29. En avril 2006, l'assuré a demandé la révision de son dossier en alléguant une aggravation de son état de santé attestée par un certificat du Dr L\_\_\_\_\_ du 15 mars 2006.
30. Le 4 mai 2007, l'OAI lui a adressé un projet de décision dont il ressortait qu'il s'apprêtait à rejeter sa demande.
31. L'assuré l'a contesté en produisant un nouveau certificat du Dr L\_\_\_\_\_, daté du 7 juin 2007, dont il ressortait qu'il devrait subir un blocage du poignet gauche en raison de l'échec des interventions tentées sur cette articulation. L'assuré a également transmis à l'OAI un compte-rendu opératoire établi par le Dr O\_\_\_\_\_, médecin à l'Unité de chirurgie de la main des HUG, faisant état d'une résection de la 1<sup>ère</sup> rangée des os du carpe et d'une arthroplastie prothétique céphalique du grand os.
32. L'OAI a alors confié au Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le soin d'expertiser l'assuré.

Du rapport établi par l'expert le 20 septembre 2007, il ressort que l'intervention subie par l'assuré au poignet gauche n'a pas apporté les améliorations escomptées et qu'une dénervation complète ou une arthrodèse de cette articulation était envisagée. L'expert a rappelé que la pose d'une prothèse totale du genou était discutée depuis des années. Il a analysé le dossier radiographique de l'assuré, qu'il a complété par des clichés du genou gauche, et s'est entretenu avec l'assuré dont il a rapporté qu'il se plaignait de douleurs et d'une impotence fonctionnelle totale du poignet gauche, aggravées depuis l'intervention de janvier 2006, de douleurs nocturnes, d'un périmètre de marche fortement limité et d'une mise en route très douloureuse au niveau du genou gauche.

Le Dr P\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen clinique de l'assuré dont il a souligné qu'il était incontestable qu'il souffrait d'atteintes arthrosiques au genou et au poignet gauches. L'expert a retenu les diagnostics de gonarthrose avancée tri-compartimentale du genou gauche, d'arthrose radio-carpienne gauche et de status après résection de la 1<sup>ère</sup> rangée des os du carpe et arthroplastie prothétique céphalique du grand os au poignet gauche, tout en soulignant que la gestuelle du poignet gauche était malgré tout quasiment normale. S'agissant du genou, le médecin a précisé que l'atteinte ne s'était pas aggravée de manière significative depuis 2001.

Il a considéré que si l'assuré était limité dans ses déplacements et devait éviter le port de charges ou un travail effectué en position debout, il pourrait en revanche exercer à 50 % une activité adaptée, c'est-à-dire légère, s'exerçant en position assise et n'impliquant ni soulèvement ni port de charges.

33. Le 14 novembre 2007, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus d'augmentation de rente au motif que si son état de santé s'était effectivement détérioré, cette aggravation n'avait pas eu d'incidence sur sa capacité résiduelle de travail. Cette décision est entrée en force.
34. Une nouvelle demande de révision a été déposée par l'assuré le 16 février 2009. Elle était accompagnée d'une attestation du Dr L\_\_\_\_\_ - indiquant que l'assuré devrait être opéré du genou et subir un blocage du poignet et que les lésions de ces articulations excluaient toute activité professionnelle - et d'un certificat du Dr O\_\_\_\_\_ - mentionnant une impotence fonctionnelle de la main gauche et le fait qu'une nouvelle intervention du poignet sous forme d'une dénervation ou d'une arthrolyse totale était discutée.
35. Dans un rapport du 11 mars 2009, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis environ quatre ans et qu'aucune reprise d'activité n'était envisageable. A la question de savoir si des troubles psychiques nécessitaient une prise en charge psychiatrique, il a répondu par la négative.
36. Le dossier de l'assuré a été soumis au service médical régional AI (SMR) et plus particulièrement au Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, qui a fait remarquer en date du 21 avril 2009 que les éléments médicaux invoqués à l'appui d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré étaient antérieurs à l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ et du précédent avis du SMR du 22 octobre 2007. S'il a admis que les opérations du genou et du poignet envisagées conduiraient à un arrêt de travail, le médecin a souligné que celui-ci durerait deux à trois mois tout au plus. Il a par ailleurs émis l'avis que les interventions devraient conduire à une amélioration de l'état de l'assuré, dont il a maintenu qu'il disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée.
37. Le 23 avril 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande en se référant à l'avis du SMR.
38. L'assuré a contesté ce projet par courrier du 22 mai 2009.
39. Par décision du 28 mai 2009, l'OAI a formellement rejeté sa demande d'augmentation de rente.
40. Par acte du 29 juin 2009, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière sous suite de dépens.

41. Le 30 juillet 2009, le Dr Q\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois émis l'avis que le recourant n'avait pas apporté d'éléments nouveaux attestant d'une aggravation de son état de santé.

42. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 1<sup>er</sup> septembre 2009, a conclu au rejet du recours.

Il rappelle que la demi-rente d'invalidité allouée au recourant lui a été octroyée en considération de la gonarthrose tricompartimentale post-traumatique gauche, d'une arthrose radio-carpienne gauche, d'un status après résection de la première rangée des os du carpe et arthroplastie prothétique céphalique du grand os du poignet gauche. L'intimé, se ralliant à l'avis du SMR du 17 août 2009, soutient qu'il n'y a pas d'élément nouveau permettant de conclure à l'aggravation de l'état de santé du recourant. Par ailleurs, il considère que sa décision initiale n'était pas manifestement erronée et donc pas susceptible de reconsidération.

43. Le 7 octobre 2009, le recourant a répliqué.

Il se plaint de n'avoir pas été examiné par le médecin du SMR, souligne qu'une rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé mais aussi lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important.

Il conclut à ce que le dossier soit renvoyé à l'intimé pour instruction ou qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, laquelle permettrait de décrire précisément son atteinte à la santé et ses répercussions sur la capacité de travail puis de procéder à une comparaison avec la situation ayant abouti à la décision du 14 novembre 2007.

44. Le Tribunal de céans a procédé à l'audition du Dr L\_\_\_\_\_ en date du 3 décembre 2009.

Celui-ci a déclaré que la situation du recourant s'était aggravée tant au niveau du genou que du poignet, le périmètre de marche du recourant ayant diminué et son poignet lui faisant très mal. La polyclinique de chirurgie de la main avait estimé qu'une opération visant à bloquer le poignet ne devait pas être envisagée car il était douteux qu'elle apportât une véritable amélioration. Le recourant devait encore consulter pour la pose d'une prothèse au genou, mais si une telle intervention pouvait réduire les douleurs, le médecin doutait cependant de son effet sur l'augmentation du potentiel économique du recourant car celui-ci serait appelé à utiliser ses deux mains même dans un travail manuel, si léger soit-il, ce qui lui était impossible.

Le témoin a souligné que son patient ne peut faire d'effort avec ses deux mains. Il a émis l'avis que tant une activité de chauffeur de taxi - impliquant le port de valises

et l'utilisation des mains - que celle de gérant de kiosque - appelé à manipuler des journaux et à rester debout - étaient exclues.

Le Dr L\_\_\_\_\_ a souligné que toutes les mesures médicamenteuses et physiothérapeutiques possibles ont été prises et attiré l'attention du Tribunal sur le fait que si le recourant a jusqu'alors bien supporté son lourd traitement médicamenteux, cela peut changer.

Quant au recourant, il a expliqué qu'il souffre de douleurs abdominales importantes qui font l'objet d'investigations de la part de son médecin traitant, le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Il a produit un certificat de ce dernier, daté du 27 novembre 2009, attestant d'une incapacité de travail de l'ordre de 100 % motivée par de fortes gonalgies du genou gauche sur arthrose avancée et par un état dépressif réactionnel à un conflit conjugal et à un deuil, concluant que la reprise d'une activité à 50% est impossible en raison de l'état physique et psychologique actuel du recourant.

Le recourant a indiqué avoir consulté la Dresse S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, à cinq ou six reprises mais avoir dû interrompre son traitement pour des raisons financières.

Il a expliqué qu'il craint que la pose d'une prothèse au genou n'aggrave sa situation, à l'instar de ce qui s'est passé pour son poignet.

45. Interpellée par le Tribunal de céans, la Dresse S\_\_\_\_\_ a indiqué par courrier du 25 décembre 2009 avoir reçu le recourant à trois occasions entre janvier et février 2009. L'intéressé avait en premier lieu évoqué les douleurs chroniques liées à ses atteintes orthopédiques. La psychiatre a décrit l'assuré comme abattu, plaintif, revendicatif et apparemment pas prêt à se remettre en cause et à se soigner. Le médecin a conclu à un état dépressif moyen (F 32.1) avec un score de 15 sur 39 selon l'inventaire abrégé de la dépression de Beck. La Dresse S\_\_\_\_\_ a émis l'avis que cet état dépressif réactionnel pouvait aggraver une incapacité de travail d'origine somatique et que les limitations du recourant étaient avant tout d'ordre physique.
46. L'intimé a pris acte de cette dernière affirmation et persisté dans ses conclusions.
47. Le 16 février 2010, le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatre traitant du recourant depuis le 29 janvier 2010 (au rythme de deux séances par semaine), a établi à son tour un rapport concernant le recourant, dont il estime que l'état psychique s'était aggravé de manière progressive depuis la dernière décision de l'intimé. Le médecin a relevé que la Dresse S\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué en janvier 2009 une dépression modérée. L'état de l'intéressé s'était ensuite dégradé suite à la séparation du couple en février 2009, puis au décès de la mère de l'intéressé, en septembre 2009.

Le Dr T\_\_\_\_\_ a émis l'avis que la capacité de travail de l'assuré était nulle au regard de son état dépressif sur fond de deuil prolongé et pathologique de sa mère, et ce, depuis presque une année.

Le psychiatre traitant a posé les diagnostics suivants : dépression récurrente, épisode actuel d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques mais avec idées de mort et syndrome somatique (F 33.21), trouble somatoforme persistant (F 45.1), insomnie non organique (F 51.0), deuil prolongé et pathologique de la mère, se compliquant en raison du trouble de la personnalité affectant de longue date le recourant et d'autres hypothèques existentielles (F 43.2) et trouble de la personnalité restant à spécifier (traits d'immaturation et traits paranoïaques, F 60.9).

Le psychiatre a indiqué que l'objectif actuel de la thérapie était de lutter contre les idées de violence et de mort du recourant, qui disait avoir l'impression de "devenir fou" suite aux divers événements négatifs récemment survenus dans sa vie et se plaignait d'insomnies et de maux de tête "épisodiquement cataclysmiques".

Selon le psychiatre, un suivi plus long serait nécessaire pour déterminer si la pathologie psychiatrique du recourant est constitutive d'une invalidité.

48. Par courrier du 23 février 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions. Invoquant les conclusions du Dr T\_\_\_\_\_, il explique que son état psychique s'est dégradé depuis qu'il s'est séparé de son épouse en février 2009 et qu'il a perdu sa mère en septembre 2009, soit antérieurement à la décision litigieuse.
49. Le dossier de l'assuré a été soumis par l'OAI au Dr Enrico U\_\_\_\_\_, médecin au SMR. Le 9 mars 2010, ce dernier a relevé que les diagnostics du Dr T\_\_\_\_\_ n'étaient pas documentés, qu'il restait à connaître les effets d'un traitement antidépresseur adéquat et contrôlé, et qu'on ignorait en quoi constituait l'épisode dépressif sévère actuel ainsi que son évolution sous traitement. Pour le surplus, aucun élément ne permettait selon lui de conclure à un trouble constitué de la personnalité, qui seul avait un effet durable sur la capacité de travail. Le médecin a conclu qu'en l'état du dossier, les conclusions du SMR sur la capacité résiduelle de travail de 50 % du recourant étaient toujours d'actualité.
50. Le 4 mars 2010, le recourant a déposé une nouvelle demande de révision en précisant le faire à l'instigation du Dr T\_\_\_\_\_ et être depuis des années sous traitement psychotrope prescrit par le Dr R\_\_\_\_\_.
51. Sur demande de l'intimé, le Dr T\_\_\_\_\_ a établi le 18 mars 2010 un nouveau rapport dont les conclusions sont pour l'essentiel identiques à celles de son rapport précédent. Le médecin précise toutefois que l'assuré cristallise une colère mal contenue contre le monde extérieur et une culpabilité paralysante par les symptômes qu'elle contribue à générer ou à renforcer : crises d'angoisse, insomnie,

repli sur soi, troubles de la concentration et de la mémoire, exacerbations algiques, méfiance et irritabilité face à autrui, ruminations mentales très douloureuses, perte de motivation et de plaisir, etc. En conséquence, le Dr T\_\_\_\_\_ a préconisé l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour motifs psychiatriques et une réévaluation dans les deux ans afin de juger des effets de la thérapie.

52. Le 12 avril 2010, le Dr U\_\_\_\_\_, du SMR, a émis l'avis que manquait à ce nouveau rapport la description des éléments cliniques objectifs permettant de conclure à un épisode dépressif actuel sévère perdurant malgré le traitement. Il s'est interrogé sur la question de savoir s'il avait été procédé à des tests sanguins pour vérifier la compliance du recourant et a finalement considéré que les conclusions prises antérieurement par le SMR devaient être maintenues.
53. Le 15 avril 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
54. Le 22 avril 2010, le recourant a fait de même en précisant que le dépôt d'une nouvelle demande de révision avait pour but de préserver ses droits dans le cas où l'aggravation de son état de santé psychique serait considérée comme postérieure à la décision querellée, le début de l'aggravation étant difficile à fixer précisément.
55. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1). Les modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions sont entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008.  
  
Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).
3. Le recours, interjeté dans les délai et forme légaux est recevable (art. 56 ss LPGA).

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations.
5. En vertu de l'art. 28 al. 1 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 invalidé à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins et à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
6. Selon l'art. 17 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; ATF 113 V 273 consid. 1a). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de révision réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (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 (ATF du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

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 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2).
8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de

travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 29 septembre 2008, 9C\_405/2008, consid. 3.2).

e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; voir également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

9. Dans le cas présent, la dernière procédure de révision s'est déroulée en 2007. Il convient donc de déterminer si le taux d'invalidité du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé examinant le droit à la rente, rendue en novembre 2007.

Dans sa demande de révision, le recourant a fait valoir qu'il souffre de lésions au genou et au poignet. Le certificat du Dr L \_\_\_\_\_ joint à sa demande atteste d'une incapacité totale de travail.

Il faut relever qu'il ne s'agit pas là d'éléments nouveaux. En effet, les atteintes articulaires du recourant sont connues de longue date et ne sont au demeurant pas contestées. Ce sont d'ailleurs précisément ces atteintes qui ont conduit à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Le recourant n'amène aucun élément démontrant que ces atteintes se seraient aggravées ou qu'elles auraient désormais de plus lourdes conséquences sur sa capacité de travail. Quant à l'incapacité de travail attestée par le Dr L \_\_\_\_\_, il ne s'agit pas non plus d'un élément nouveau puisque, selon ce médecin, le recourant est totalement incapable de travailler depuis 1991. Ce praticien n'a d'ailleurs pas mis en avant une aggravation de l'état de santé du recourant postérieure à la dernière révision du droit à la rente puisqu'il a précisé dans son rapport du 11 mars 2009 que l'aggravation remontait à environ quatre ans. Enfin, les éléments ressortant de son audition par le Tribunal de céans, soit les douleurs au poignet gauche, l'éventualité d'une arthrodèse (blocage de l'articulation) et de la pose d'une prothèse du genou, ainsi que la limitation du périmètre de marche étaient déjà connus au moment de l'expertise du Dr P \_\_\_\_\_, en septembre 2007.

Ainsi, force est de constater qu'au niveau orthopédique, aucune aggravation n'a été démontrée. Faute d'appréciations médicales ou de diagnostics nouveaux permettant de remettre en question les conclusions du Dr P \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail du recourant, la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires s'avère dès lors superflue par appréciation anticipée des preuves.

---

Pour le surplus, il convient de noter que l'expertise établie par le Dr P\_\_\_\_\_ en 2007 correspond aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-dessus. Elle a en effet été établie en pleine connaissance du dossier et ses conclusions sont motivées et convaincantes. Le recourant ne l'a d'ailleurs pas contestée. Dans la mesure où la décision prise par l'intimé dans le cadre de la dernière procédure de révision se fonde essentiellement sur les conclusions de l'expert, il n'y a par conséquent pas lieu d'admettre que cette décision reposait sur une constatation inexacte des faits, qui peut à certaines conditions donner lieu à une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA (ATF 135 V 215, consid. 4.1; ATF 127 V 10, consid. 4b).

10. Le recourant invoque également une aggravation de son état de santé psychique.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362, consid. 1b, ATF 116 V 246, consid. 1a). Les faits survenus postérieurement et qui modifient la situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4).

En l'occurrence, le recourant a consulté la Dresse S\_\_\_\_\_ en janvier 2009. Les renseignements fournis par cette psychiatre au Tribunal de céans ne permettent cependant pas de retenir que le recourant souffrait à l'époque de troubles psychiques ayant une ampleur suffisante pour modifier son droit à la rente. En effet, cette praticienne a relevé que les atteintes étaient avant tout d'ordre physique. Le recourant n'a d'ailleurs pas suivi de traitement pour les atteintes psychiques qu'il allègue avant le mois de janvier 2010. Certes, il affirme que c'est en raison de problèmes financiers qu'il a dû cesser de consulter la Dresse S\_\_\_\_\_. Cependant, cette assertion n'est pas corroborée par les indications du médecin, lequel a souligné que le recourant ne semblait pas prêt à se soigner. Par ailleurs, le Dr L\_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis de nombreuses années et connaît bien son dossier médical, a admis dans son rapport du 11 mars 2010 qu'il ne souffrait pas de troubles psychiques justifiant une prise en charge psychiatrique. Enfin, le recourant n'a jamais mentionné ces troubles avant l'audience du 14 décembre 2009, laquelle s'est tenue plus de six mois après la décision querellée.

Seuls les rapports du Dr T\_\_\_\_\_, fournis par la suite, font formellement état de troubles psychiques induisant une incapacité de travail totale depuis février 2009 déjà. Cependant, ces rapports ne sauraient suffire à remettre en cause les informations données par la Dresse S\_\_\_\_\_ - et le Dr L\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail du recourant et ses éventuelles atteintes au plan psychique avant la décision litigieuse. En effet, le Dr T\_\_\_\_\_ ne suit l'assuré que depuis fin janvier 2010. De plus, l'aggravation des troubles psychiques dont fait état le Dr T\_\_\_\_\_ est pour l'essentiel liée au deuil vécu par le recourant en septembre 2009, soit plusieurs mois après la décision dont est recours.

Compte tenu de ces éléments, on ne peut considérer comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il y ait eu aggravation de l'état de santé du recourant avant la décision litigieuse.

11. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours sera rejeté.

L'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

En l'espèce, l'émolument sera arrêté à 200 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Christine PITTELOUD

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