

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2345/2014

ATAS/66/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 février 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ZIEGLER Elisabeth **recourant**

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE et Willy KNÖPFEL, Judges assessesurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1963, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), le 20 août 1997, à la suite d'un accident survenu le 9 octobre 1996: il était à l'époque chauffeur livreur pour la boulangerie B_____ SA. En descendant de son camion, il avait chuté et glissé en arrière, se cognant notamment l'épaule gauche, la tête et le poignet droit.

Il avait consulté son médecin traitant, la doctoresse C_____, le jour-même. Un bilan radiologique du crâne, de l'épaule et du poignet avait été réalisé: il ne montrait pas de trait de fracture et était normal. Le lendemain une IRM de l'épaule gauche avait été pratiquée: elle montrait un aspect hyper-intense de l'insertion distale du tendon du supra-épineux, évoquant une probable tendinopathie sans image de rupture. Après un traitement conservateur, l'assuré avait pu reprendre le travail après un mois, mais s'était à nouveau retrouvé en incapacité totale de travail dès le mois de janvier 1997, pour une instabilité de l'épaule gauche.

2. En octobre 1997, une stabilisation de l'épaule selon Bankart a été pratiquée par le docteur D_____. Malgré cette intervention et une réhabilitation bien conduite, l'évolution ne fut pas favorable. L'assuré n'a pas pu reprendre son travail depuis l'accident. La SUVA avait conclu à une invalidité de 15 % et une atteinte à l'intégrité de 25 %.
3. En décembre 1997, la Dresse C_____ a adressé un rapport médical à l'OAI: se fondant sur un examen du 10 novembre 1997, elle indiquait que l'atteinte à la santé s'étendait du 9 octobre 1996 à ce jour; l'intéressé avait besoin d'un traitement médicamenteux, de physiothérapie ainsi que d'un traitement opératoire, l'état de santé s'aggravant, l'assuré étant à 100 % incapable de travailler dès le 9 octobre 1996. Elle retenait comme utile de procéder à un examen médical complémentaire de l'incapacité de travail ; la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, des mesures professionnelles étant indiquées dès le début de l'incapacité; il y avait contre-indication dans la profession exercée jusque-là, et s'agissant d'une activité adaptée à l'invalidité, celle-ci devait être légère, sans port de charges lourdes. L'assuré ne devait pas être considéré comme impotent.

Elle retenait le diagnostic de contusion et entorse du poignet droit et épaule gauche, contusion du crâne, tendinopathie post-traumatique du tendon du supra-épineux de l'épaule gauche et d'un status post-arthroscopique de l'épaule gauche dans le cadre d'une instabilité. Elle annexait à son rapport une copie du rapport opératoire du Dr D_____.

4. Par décision du 13 octobre 1998 l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 1998, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'étant envisagée à l'époque.
5. À fin janvier 2001, l'OAI a initié une procédure de reconsidération de la rente. Il existait clairement un écart majeur entre les constatations et les décisions de la

SUVA et l'octroi de la rente AI à 100 %, consentie sans examen préalable des possibilités de réadaptation, de sorte que, compte tenu de nouvelles données médicales probantes, la rente devait être reconsidérée.

6. L'OAI a adressé au médecin traitant, en date du 5 juin 2001, une demande de rapport médical intermédiaire.
7. La Dresse C_____ a retourné son rapport médical intermédiaire le 9 mai 2002 : elle indiquait des changements de diagnostic. Elle retenait :
 - des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques de la colonne cervico-dorso-lombaire, sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann et sur probable instabilité cervicale; rétrolisthésis de C3 ; arythmie cardiaque ; épigastralgies sur gastrite aiguë ; état anxio-dépressif.
8. L'OAI a confié à la doctoresse E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, la mise en œuvre d'une expertise.

Son rapport du 30 août 2002, retenait les diagnostics suivants: douleurs chroniques de l'épaule gauche; un status post-intervention de Bankart pour instabilité antérieure, l'affection étant présente depuis le 9 octobre 1996; une probable capsulite de l'épaule gauche, à documenter, ainsi que des cervico-dorso-lombalgies, affection présente depuis janvier 1997; et celui de céphalées temporaux-occipitales, présentes depuis janvier 1997, sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré était limité au niveau du membre supérieur gauche pour le port de charges et pour des mouvements répétitifs nécessitant une abduction et une antéimpulsion du bras gauche au-delà de 90°. L'expert ne retenait en revanche aucune limitation au plan psychique et mental d'une part, et au plan social d'autre part. L'assuré présentait une incapacité de travail dans l'activité précédente de 100 % depuis la date de l'accident, et à 50 % dans une activité légère, sans port de charges.

9. Le 12 mars 2003, la doctoresse F_____, médecin au service médical régional Léman (ci-après : SMR), a sollicité de l'expert des renseignements complémentaires au sujet de son rapport.

La doctoresse E_____ a indiqué, par courrier du 31 mars 2003, qu'une capacité de travail était de 50 % au maximum, compte tenu des limitations fonctionnelles en mobilisation active de l'épaule gauche. Effectivement, en actif l'abduction n'était pas réalisable au-delà de 45°. La rotation externe était également limitée à 30°. Compte tenu de cette limitation fonctionnelle, peu d'activités étaient réalisables avec le membre supérieur gauche. Par ailleurs, une activité nécessitant de la force ou le port de charges n'était plus exigible chez ce patient.

Il semblait impossible de répondre de façon précise à la question de savoir depuis quand l'assuré avait une capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, son activité (chauffeur livreur), antérieure à l'accident d'octobre 1996, était clairement inadaptée à la pathologie présentée. Il fallait prendre en compte l'activité adaptée que l'OAI proposerait, dès lors qu'aucun essai de réadaptation professionnelle

n'avait été réalisé à l'époque : le patient ayant été mis au bénéfice d'une rente AI entière, il semblait que cette voie-là n'envisageait pas la réadaptation dans une activité exigible.

Des cervico-dorsolombalgies étaient apparues depuis 1997, soit après l'accident d'octobre 1996 et s'étaient intensifiées après l'intervention sur l'épaule gauche en octobre 1997, avec une extension des douleurs depuis la colonne cervicale jusqu'à la région lombaire. Actuellement, les plaintes présentées par le patient n'étaient pas invalidantes et l'examen clinique était parfaitement rassurant, en l'absence d'atteinte limitative déficitaire sensitivo-motrice des membres inférieurs. Sa symptomatologie douloureuse au niveau du rachis ne l'empêchait pas de sortir deux à trois fois par jour pour effectuer de la marche dans la forêt d'Onex, durant environ une heure. La symptomatologie rachidienne ne devait pas être considérée actuellement comme une cause d'incapacité de travail, pour autant qu'il s'agisse d'une activité légère, sans port de charges. Une telle activité devrait également respecter les règles d'ergonomie rachidienne et permettre une alternance de la position assise et debout, pour éviter une exacerbation des plaintes rachidiennes de ce patient présentant de façon évidente un déconditionnement professionnel étant donné l'absence de toute activité depuis 1996. Par ailleurs, il n'avait pas été tenu compte des limitations fonctionnelles concernant les lombalgies et de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le principal problème de ce patient était celui des douleurs au niveau de l'épaule gauche: c'était sur cette base que l'expert avait établi une capacité de travail exigible à 50 %. Les cervico-dorsolombalgies ne modifiaient pas cette capacité de travail, pour autant qu'il s'agisse d'une activité adaptée, tenant compte des règles d'ergonomie rachidienne. Ce patient devait être capable d'exercer une activité légère, sans port de charges et permettant une alternance des positions assise et debout, à un taux d'activité de 50 %.

10. Par courrier du 29 septembre 2004, l'OAI a convoqué l'assuré pour fin janvier 2005 pour la mise en œuvre d'un mandat d'examen des mesures de réadaptation professionnelle.
11. Le 22 décembre 2004, la Dresse C_____ a à nouveau examiné son patient, et établi un rapport médical intermédiaire à l'attention de l'AI: l'état de santé de son patient s'était aggravé: les diagnostics qui avaient une influence sur la capacité de travail depuis l'accident du 9 octobre 1996 étaient d'une part et toujours des cervico-dorsolombalgies chroniques sur troubles statiques de la colonne cervico-dorsolombaire, sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuerman, sur probable instabilité cervicale-rétroliothésis de C3 et sur hernie discale C6-C7; d'autre part des cervicalgies aiguës post-traumatiques. Son patient se plaignait de façon continue d'importantes douleurs au niveau de tout le rachis cervico-dorso-lombaire, de douleurs irradiant au niveau des membres supérieurs accompagnées de fourmillements. Il se plaignait également de maux de tête, de vertiges, d'angoisse, d'asthénie et de troubles du sommeil. Il suivait un traitement médicamenteux. Le pronostic était qualifié de mauvais. L'état de santé de son patient s'était aggravé

depuis environ deux ans, un accident de voiture survenu en début 2003 avait eu un impact sur cette aggravation, le patient s'étant plaint d'une accentuation des douleurs au niveau cervical, de cervico-brachialgies et de maux de tête. Elle concluait à une invalidité de 100 %. Le patient s'étant plaint de troubles de mémoire, lors de l'examen du 20 décembre 2004, il subirait des investigations complémentaires concernant ce problème au début 2005. Elle produisait également un rapport d'IRM cervicale du 28 janvier 2003 qui illustrait une hernie discale à nette composante intra-foraminale au niveau du trou de conjugaison C6-C7 droit.

Au sujet de l'accident de janvier 2003, le docteur G_____ indiquait, le 13 février 2003, que sous traitement conservateur, la symptomatologie avait régressé de près de 70 % en intensité. Le patient ne prenait plus de médicaments. Il avait pu arrêter la collerette. À l'examen on avait une nette régression du syndrome cervical et une récupération du triceps qui restait, néanmoins, toujours un peu diminué à droite. L'IRM montrait une hernie intra-foraminale C6-C7 droite.

Il y avait contre-indication pour la prise de charges lourdes, pour les travaux lourds et son invalidité est de 100 %. L'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible; il y avait une diminution de rendement, sans autre précision. On ne pouvait améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent et l'on ne pouvait exiger que l'assuré exerce une autre activité.

12. Le SMR a établi un rapport complémentaire le 13 janvier 2005. Selon l'anamnèse, le patient avait eu un accident de voiture en janvier 2003 avec entorse cervicale bénigne. Rappelant les constatations du Dr G_____, neurochirurgien FMH, il n'y avait pas eu d'autres éléments cliniques depuis lors. Le statu quo ante était donc obtenu par rapport à l'expertise de la Dresse E_____. Les diagnostics attestés par la Dresse C_____ en décembre 2004 étaient présents depuis 1996. Il n'y avait donc aucun élément objectif attestant d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré et les conclusions de l'expertise rhumatologique restaient d'actualité.
13. Le 10 février 2005, le service de réadaptation professionnelle a établi un rapport. Il avait été proposé à l'assuré un stage à temps partiel (50 %) à la Fondation PRO, entreprise sociale de ré-entraînement à l'effort professionnel, proche du domicile de l'assuré; dans un contexte de stage comprenant un secteur de petites industries, les compétences techniques et les connaissances de l'assuré, en mécanique et en électricité, auraient été bien appréciées. L'assuré avait toutefois renoncé à cette proposition estimant que, psychologiquement, il ne pouvait pas concevoir actuellement de travailler. En comparant le revenu que l'assuré aurait été à même de toucher dans son ancienne activité de préparateur de B_____, avant son atteinte à la santé, avec le revenu auquel il pourrait encore prétendre dans une activité adaptée, sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2002, selon deux hypothèses d'activité simple et répétitive, tous secteurs confondus d'une part, et pour une activité dans l'industrie de fabrication d'équipements électriques et la mécanique de précision d'autre part, les résultats aboutissaient respectivement à un degré d'invalidité de 44,3 % ou 40,8% dès l'issue de l'instruction, à savoir dès 2003.

14. Le 1^{er} avril 2005, l'OAI, ayant fait recalculer la rente réduite à un quart de rente, a notifié à l'assuré la décision déterminant le montant des rentes et rentes complémentaires concernées.
15. Par courrier recommandé du 25 avril 2005, l'assuré représenté par un conseil a formé opposition à cette décision. Il contestait l'existence d'un motif de révision de la rente, aussi bien qu'un motif de reconsidération de celle-ci. Il concluait à ce qu'il soit dit que l'assuré continuait à avoir droit à une rente d'invalidité entière.
16. Par courrier du même jour, se référant au courrier d'opposition, l'opposant a encore précisé que s'agissant de l'organisation d'un stage d'observation professionnelle, il n'avait jamais eu l'intention de s'y opposer.
17. Par courrier recommandé du 25 mai 2005, l'assuré, représenté par un nouveau mandataire, a motivé son opposition. L'expertise du Dr E_____ ne tenait pas compte de tous les éléments pertinents relatifs à l'état de santé de l'assuré, et les chiffres qu'elle avait articulés et sur la base desquels l'assurance-invalidité s'était fondée pour modifier la rente devait conduire à constater que la capacité de travail de l'intéressé était au maximum de 25 %, étant précisé qu'à l'heure actuelle cet état se péjorait. Il était suivi sur le plan psychiatrique par le docteur H_____, Chef de clinique à Belle-Idée, depuis décembre 2004, pour un état dépressif pour une probable réactivation d'un syndrome de stress post-traumatique. Des investigations médicales étaient encore régulièrement menées pour soulager l'intéressé, son médecin traitant ayant encore récemment sollicité une IRM. Aucune réadaptation n'avait en outre été offerte à l'assuré.
18. Le 22 juin 2005 le SMR a procédé à un examen clinique bidisciplinaire par les docteurs I_____, spécialiste FMH en rhumatologie et J_____, psychiatre. En conclusion, les examinateurs ont considéré que l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et que sa capacité de travail exigible était entière dans toute activité. Les limitations fonctionnelles somatiques retenues étaient :
 - A) épaule gauche : pas de travail sollicitant le membre supérieur gauche au-dessus du plan d'un établi avec mouvements répétitifs et déploiement de force ;
 - B) rachis cervical et membre supérieur droit: pas de travail imposant le maintien de la tête dans une position extrême immobile, ni de travail imposant le déploiement de force de manière soutenue par le membre supérieur droit ;
 - C) rachis dorso-lombaire: nécessité de pouvoir alterner une fois par heure les positions assise et debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 10 kg; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg; pas de travail en porte-à-faux prolongé du tronc.

Pas de limitations fonctionnelles psychiatriques. Il existe une incapacité de travail de 20 % au moins dès le 9 octobre 1996.

Pour ce qui est de l'épaule gauche, les experts n'avaient pas de raison de s'écarter des conclusions auxquelles la Dresse E_____ était parvenue au terme de son expertise d'août 2002 et de son complément de mars 2003. Suite à l'accident du mois de janvier 2003, l'assuré a certainement présenté une incapacité de travail de 100 %; mais selon l'appréciation du Dr G_____ de février 2003, on peut admettre que le status quo ante avait été retrouvé en mars de la même année. Il semble donc médicalement fondé d'admettre qu'à partir du mois d'avril 2003, l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles énumérées. En l'absence de comorbidité psychiatrique entravant significativement la capacité de travail, une capacité de travail de 50 % était exigible dans une activité adaptée biomécaniquement. En résumé, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était fixée à 0 %, et dans une activité adaptée à 50 % depuis avril 2003.

19. Le 31 août 2005, le Dr H_____ a confirmé avoir vu l'assuré à sa consultation pour victimes de torture et de guerre à trois reprises à la suite d'une agression subie à Genève. Cette agression avait réveillé de fort douloureux souvenirs de la guerre du Kosovo. Le diagnostic était alors: état dépressif, troubles anxieux. Il ne pouvait répondre aux questions concernant la demande AI, l'intéressé étant actuellement suivi par son médecin traitant.
20. Par courriers des 20 et 23 septembre 2005, l'opposant s'est prononcé sur le rapport bidisciplinaire et sur les conclusions du SMR. Il avait le sentiment de ne pas avoir été entendu par les médecins examinateurs, chacune de ses remarques ou de ses plaintes étant systématiquement minimisées. Il persistait dans ses observations antérieures. Si une activité pouvait être exigée de lui, elle nécessiterait une réadaptation. Même avec l'exercice d'une telle activité, il continuerait à présenter le droit à une rente.
21. Entre-temps, et parallèlement à la procédure AI, le Tribunal administratif a rendu, en date du 24 mai 2005, un arrêt confirmant la décision sur opposition de la SUVA du 21 août 2000 retenant un taux d'incapacité de gain à hauteur de 15 %.
22. Par décision sur opposition du 29 septembre 2005 l'OAI a partiellement admis l'opposition et fixé le taux d'invalidité à 51 % ; il a réformé sa décision de réduction de rente du 1^{er} avril 2005; l'assuré avait droit au versement d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2005 (date de la réduction effective de la rente entière d'invalidité servie depuis le 1^{er} janvier 1998).

Le revenu sans invalidité a été fixé sur la base des statistiques salariales: l'assuré ayant exercé une activité polyvalente du secteur des services, l'OAI a retenu la somme de CHF 4'206.- par mois figurant au TA 1 des ESS 2002 (lignes 50-93), dans une activité de niveau 4 exercée par un homme sans qualification professionnelle spécifique requise. Après actualisation à l'année 2003, ce montant s'élevait à CHF 53'298, revenu hypothétique sans invalidité. Quant au revenu d'invalidité, il a également été établi sur la base des salaires statistiques TA 1 des

ESS 2002, activité de niveau 4, regroupant l'ensemble des activités des secteurs de la production et des services. Le montant de base retenu a été majoré pour tenir compte d'un horaire hebdomadaire de 41.7 heures en moyenne et actualisé à l'année 2003, déterminant ainsi un salaire annuel de CHF 57'745.-, dont 50 % (temps de travail raisonnablement exigible), auquel il a été appliqué une réduction supplémentaire de 10 %. Cette décision est entrée en force.

23. Par courrier du 29 novembre 2006 l'assuré a déposé une demande de révision de son taux d'invalidité. Il invoquait une dégradation globale de sa santé. Outre ses problèmes connus de l'OAI, il souffrait également d'insomnies, de maux de tête et de dos ainsi que de pertes de mémoire. Sa condition physique et mentale ne lui permettait pas d'assumer un emploi, même peu contraignant. Il joignait à son courrier un certificat médical de la doctoresse K_____, psychiatre, du 16 novembre 2005, retenant une capacité de travail nulle du 26 octobre au 30 novembre 2005 inclusivement, prolongée le 6 décembre 2005 jusqu'au 31 du même mois, ainsi qu'un courrier de la caisse cantonale de chômage, complété par l'intéressé qui renonçait, le 24 novembre 2005, à sa demande d'indemnités de chômage.
24. Le 11 mars 2007 la Dresse C_____ a adressé à l'OAI un rapport médical reprenant les diagnostics déjà posés par elle, et d'autres n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail; elle notait, dans les réponses aux questions générales au médecin, que l'état de santé de l'assuré s'améliorait, que la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales, qu'aucune mesure professionnelle n'était indiquée, que l'assuré ne nécessite pas de moyens auxiliaires, qu'il n'avait pas besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, mais qu'un examen médical complémentaire était nécessaire. Une série de documents médicaux ont été annexés à son rapport, pour certains déjà connus de l'OAI, d'autres plus récents, émanant de divers spécialistes vers lesquels elle avait dirigé son patient.
25. Au début août 2007 la Dresse K_____, psychiatre, a indiqué à l'OAI que les problèmes psychiques de l'intéressé n'entraînaient aucune incapacité de travail d'au moins 20%; elle recommandait un bilan psychologique et somatique (neurologique, rhumatologique et sanguin) ; sur le plan psychique, une thérapie avait été amorcée, mais se situait plus sur un mode narratif: ce n'était qu'une ébauche. Elle craignait une sinistrose et l'impossibilité de sauter les défenses bien ancrées.
26. Le 2 octobre 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision par lequel il envisageait de rejeter la demande de révision en cause. Cette nouvelle demande de réévaluation de la demie-rente ne se fondait sur aucun argument d'ordre médical, non connu des services de l'AI et n'ayant pas déjà été pris en compte dans l'évaluation globale des capacités de travail résiduelles de l'assuré.
27. Le 11 octobre 2007, la Dresse K_____ craignait que son rapport précédent n'ait pas attiré l'attention du SMR concernant une incapacité de 50 % pour le plan

psychiatrique. Elle invitait les services médicaux de l'AI à convoquer l'intéressé pour un avis éclairé.

28. Le 22 janvier 2008, en réponse à la recommandation de la Dresse K_____, les doctoresses L_____, médecin-chef du SMR et J_____, psychiatre du centre SMR de Vevey ont examiné l'intéressé.

Selon leur rapport du 4 février 2008, il n'a été posé aucun diagnostic sur le plan psychiatrique pouvant avoir des répercussions sur la capacité de travail, les examinatrices ayant retenu un épisode dépressif réactionnel en rémission, sans répercussion sur la capacité de travail. S'agissant donc de l'évolution du degré d'incapacité de travail depuis l'aggravation dont fait état la Dresse K_____, ayant entraîné depuis janvier 2007 une incapacité travail de 50 %, cette incapacité est réduite à 0 %, objectivée à l'examen clinique au SMR en janvier 2008. La capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique était de 100 % dans l'activité habituelle, et de 100 % dans une activité adaptée. La capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

29. La demande de réévaluation de la rente a été rejetée par décision de l'OAI du 15 février 2008. La demi-rente d'invalidité était maintenue. Cette décision n'a pas fait l'objet de recours.
30. Le 17 février 2012, la Dresse C_____ a annoncé à l'OAI une aggravation de l'état de santé de son patient et le 24 février 2012, l'assuré a sollicité l'augmentation de sa rente d'invalidité.
31. Par courrier du 7 mars 2012, l'OAI a interpellé le service de sécurité et de l'espace public de la Ville de Genève pour demander si l'intéressé était détenteur d'une carte de légitimation lui permettant d'être présent sur les marchés, et dans l'affirmative quelles avaient été ses présences sur les marchés du 1^{er} janvier 2007 à ce jour.
32. Le 14 mars 2012, la cheffe de l'unité des foires et marchés de la Ville de Genève a confirmé que l'assuré était au bénéfice d'une carte de légitimation: il était revendeur de vieux objets, avec le statut de journalier sur le marché aux puces de la Plaine de Plainpalais. Du 4 novembre 2008 au 31 mai 2009 l'intéressé avait effectué 42 présences, le mercredi et le samedi; pour l'année 2009, 66 présences le mercredi et le samedi; pour l'année 2010, 76 présences le mercredi et le samedi; pour l'année 2011, respectivement du 1^{er} juin 2011 au 29 février 2012, il avait réalisé 59 présences le mercredi et le samedi.
33. Le 26 mars 2012 la Dresse C_____ a rempli une formule « feuille annexe pour les personnes impotentes », reprenant les diagnostics précédents, en ajoutant : goitre, migraines et gonalgies aiguës gauches sur déchirure du ligament croisé antérieur (ou LCA). Divers documents médicaux datés de 2010 à 2012 étaient joints à ce rapport, soit notamment, pour les plus récents :
- un rapport du docteur M_____ (Centre de diagnostic radiologique de Carouge) du 23 février 2012 ; les données IRM du genou gauche illustrent une déchirure

complète du ligament croisé antérieur avec stigmata osseux. Absence d'argument en faveur d'une déchirure méniscale associée. Entorse proximale du LLI ;

- Le 28 février 2012, le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, indique avoir vu le patient le 27 février 2012 qui, en glissant sur le verglas, se fait une entorse du genou gauche. Il présente une lésion du ligament croisé antérieur à l'IRM, avec un Lachman certes, mais pas caricatural, et un épanchement résiduel. Il n'y a pas d'indication chirurgicale; la cicatrisation était dirigée à l'aide d'une attelle articulée à porter durant six semaines. La charge était autorisée suivant les douleurs. Par la suite il conviendrait d'organiser une rééducation musculaire et proprioceptive. Le patient était à la fois rassuré mais ne comprenait pas qu'on ne fasse rien pour ses ligaments alors qu'il se décrit comme sportif. Le médecin se demandait si, lorsqu'on est sportif, il est justifié d'être à l'assurance-invalidité à 50 % pour des problèmes de dos ! Il concluait que, pour l'instant, le traitement conservateur était parfaitement justifié et ce n'était qu'en cas d'instabilité fonctionnelle gênante dans la vie quotidienne qu'il faudrait proposer au patient une plastie du LCA, qui pouvait parfaitement se faire en différé.

Le docteur O_____ ayant pratiqué un nouveau bilan neurologique pour lequel le patient lui a été adressé le 21 mars 2012 rappelle que la lésion temporo-occipitale (kyste compatible avec une neurocysticercose), observée lors d'un précédent séjour en neurologie paraissait asymptomatique et qu'il avait été décidé de ne pas le traiter d'emblée et de suivre l'évolution à l'IRM. Un contrôle IRM effectué en février 2012 ne montrait pas de changement de cette lésion; il était proposé un contrôle seulement dans deux ou trois ans; il avait effectué un examen neurologique complet qui restait dans les limites de la norme; en conclusion il pensait que le patient souffre de céphalées de tension musculaire dans le cadre d'un état anxio-dépressif dont une composante d'abus chronique d'analgésiques était plus que probable dans le maintien de ces céphalées, le patient prenant plusieurs comprimés de Dafalgan par jour et cela depuis des années. Il l'avait donc prié de cesser tout traitement antalgique. Les malaises dont il se plaignait avec des sentiments vertigineux évoquaient pour lui essentiellement des somatisations dans le cadre d'un trouble panique en rapport avec un état anxio-dépressif.

34. Le 31 mai 2012, au vu des éléments recueillis, l'OAI a sollicité une enquête de surveillance de la société ASC Consulting Service pour déterminer l'exercice d'activités professionnelles ou accessoires ainsi que pour observer le comportement de l'assuré dans la vie quotidienne.
35. Ainsi sur deux périodes, les 6 et 20 juin 2012, d'une part, et les 11, 13 et 14 septembre 2012, d'autre part, les enquêteurs ont observé l'assuré: 2 DVD documentent leurs constatations: l'un contient des séquences vidéo; l'autre des photos tirées des séquences vidéo.

- un premier rapport de filature, porte sur l'observation des activités de pucier de l'assuré, les jours de marché soit un mercredi et un samedi :

Le samedi 9 juin 2012 entre 8h45 et 17h20 l'assuré et deux jeunes hommes se trouvent, au début de l'observation, sur la plaine de Plainpalais, occupés à monter leur stand pour le marché aux puces. L'assuré participe également à la mise en place des objets à vendre. Il dirige les opérations, tout en manipulant et portant également des objets tels que des lampes, des vases, des cartons pleins de livres et toutes sortes de bibelots. Il se montre extrêmement actif. Il fait preuve d'une grande énergie et mobilité. Il gesticule beaucoup avec ses deux bras. Il porte des charges, lève les deux bras au-dessus de la tête sans aucune difficulté apparente. Il peut également se baisser et se relever sans problème apparent et fait preuve d'une grande vitalité. Il n'a été vu assis qu'à une seule reprise, pendant deux minutes, pendant toute cette journée. C'est lui qui s'occupe de la vente et qui établit les prix de la marchandise. Après avoir passé neuf heures sur son stand, et avoir participé au montage du stand, l'assuré démontre encore passablement d'énergie à l'occasion du rangement de son matériel.

Le mercredi 20 juin 2012 entre 7 heures et 9 heures, l'observation porte sur deux véhicules, soit une camionnette Iveco blanche et une Fiat Ducato jaune stationnés à Onex, à proximité du domicile de l'assuré. L'assuré est le détenteur des deux véhicules. À 7h15 un homme monte dans le véhicule Fiat Ducato et se met au volant. À 7h26 l'assuré monte dans le véhicule Iveco qu'il conduit jusqu'à la plaine de Plainpalais. Après s'être présenté au bureau de réservation des places pour le marché, il s'est rendu du côté de l'avenue du Mail, en compagnie des deux mêmes jeunes hommes que le samedi 9 juin. A 8h15 l'assuré commence le déchargement de ses véhicules et le montage de son stand en compagnie des deux personnes susmentionnées. Il n'a été constaté aucune gêne apparente dans les mouvements de l'assuré. Il a participé au montage de la tente ainsi qu'au déchargement du matériel et des objets à vendre. Une partie de son travail a pu être filmée. Il est constaté que les deux véhicules susmentionnés appartiennent à l'assuré.

- un second rapport de filature a porté sur la surveillance de l'assuré, sur trois journées, en dehors des jours de marché, soit en l'espèce le mardi 11 septembre 2012, le jeudi 13 septembre 2012, le vendredi 14 septembre 2012. Pour chacune de ces journées, l'observation s'est déroulée de 7 heures à 16 heures :

Le mardi 11 septembre, à trois reprises pendant la journée, l'assuré est sorti de chez lui, se déplaçant en vélo pour aller faire des achats notamment dans la région d'Onex, mais également pour un déplacement sur une plus longue distance. Il est également sorti à pied de son domicile pour aller charger une trottinette dans l'une de ses camionnettes, prenant ensuite le volant de ce véhicule, pour aller le stationner à un autre endroit.

Le jeudi 13 septembre, l'assuré n'a pas été vu, ses camionnettes n'ayant pas bougé de leur stationnement, son vélo est resté stationné devant son domicile pendant toute la journée. Il a en revanche été constaté la présence d'un troisième véhicule portant la même publicité que les deux précédents (P_____): il s'agit d'un Fiat Ducato jaune, dont le détenteur est également l'assuré.

Le vendredi 14 septembre, l'assuré a été observé à deux reprises, quittant son domicile en vélo, et y revenant, toujours en vélo, une heure à une heure 15 plus tard.

36. Des renseignements complémentaires ont été sollicités de la Ville de Genève pour connaître le nombre de présences de l'assuré sur les marchés entre le 1^{er} mars 2012 et le 31 janvier 2013: pendant cette période l'intéressé a assuré 33 présences le samedi et 30 présences le mercredi.

37. Le 5 février 2013 l'assuré a été entendu dans les locaux de l'OAI. Après avoir été rendu attentif à l'art. 87 al. 1 LAVS et à ses conséquences, interrogé sur son état de santé, il a indiqué qu'il ne se sentait pas bien du tout: physiquement il n'était plus comme avant, et cela avait entraîné des troubles du sommeil et des maux de tête. Il avait des douleurs au niveau de la nuque et des fourmillements au bout des doigts. Des douleurs s'étaient propagées dans sa jambe gauche, suite à l'accident de février 2012. Il prenait des cachets quotidiennement. S'agissant de l'évolution des limitations fonctionnelles depuis sa demande de révision du 17 février 2012, il indiquait ne plus pouvoir trop rester longtemps assis ou debout, étant obligé d'alterner les positions toutes les demi-heures. S'agissant des traitements en cours ou sous contrôle médical, il indiquait consulter régulièrement, environ tous les deux mois, la Dresse C_____. Cette dernière l'envoyait chez des spécialistes, soit le Dr Q_____, chirurgien orthopédiste, et le Dr R_____, "médecin interne de chirurgie". Il les avait consultés récemment suite à une infection à la vessie.

Invité à décrire son occupation pendant une journée type, il a expliqué que s'il était à la maison toute la journée, il donnait un coup de main à sa femme et s'occupait des enfants. S'il dormait correctement la nuit il se levait vers les 8-9 heures, il déjeunait, prenait ses médicaments et aidait sa femme. Il mangeait à midi à la maison et l'après-midi il faisait une sieste et emmenait ses enfants au tennis. Il a précisé avoir sept enfants dont deux sont encore à la maison, âgés de 12 et 9 ans. Il n'arrivait pas à se coucher avant 23 heures – minuit. Il s'endormait assez tard, à cause de ses douleurs. Il était souvent à la maison à s'occuper de ses deux enfants et ne sortait que très peu. Il n'aidait pas sa femme au ménage mais de temps en temps à la cuisine. Il n'avait pas vraiment d'activité ; il lui était arrivé de lire de temps en temps mais cela l'énervait assez rapidement. Questionné sur une éventuelle pratique d'activités sportives en salle ou en plein air, il a indiqué qu'il adorait le vélo mais qu'il n'osait plus en faire. À son souvenir il en avait pratiqué la dernière fois en été 2011 avec ses enfants. Il les accompagnait à leurs cours de tennis. Sur la question de savoir s'il voyageait, il a indiqué que oui, mais pas souvent. La dernière fois remontait à deux ans, en Serbie avec toute la famille. S'agissant de ses dépenses

mensuelles, il disait devoir dépenser peut-être CHF 3000.- par mois. Le loyer était de CHF 1'020.-. Les primes d'assurance-maladie étaient de CHF 412.- par adulte et de CHF 98.- par enfant. Il percevait un subside des SPC pour ces assurances, et avait encore d'autres factures, mais c'était sa femme qui gérait le budget familial. À la question de savoir si sa rente AI lui permettait de vivre, il indiquait que «ça allait» ; la situation actuelle était difficile; il rappelait qu'il avait encore deux enfants à la maison; sa femme travaillait à 20 % actuellement sur le marché aux puces de Plainpalais, depuis 2012. Auparavant elle avait travaillé en tant que conductrice de bus pour enfants handicapés. Sur question, il indiquait percevoir (hormis les rentes AI) d'autres prestations d'institutions sociales : du SPC (CHF 212.-/mois), d'un deuxième pilier (CHF 490.-/mois et CHF 180.- pour les enfants) ainsi que de la SUVA (CHF 622.-). Il ne bénéficiait pas d'autres prestations financières ou sources de revenus. Il s'était inscrit à une reprise au chômage en 2008 ou 2009. Il avait timbré mais n'avait pas reçu d'argent.

S'agissant de ses activités professionnelles, à la question de savoir s'il exerçait actuellement une quelconque activité rémunérée en qualité de salarié ou d'indépendant, il a répondu négativement. Il donnait un coup de main à sa femme de temps en temps sur les divers marchés aux puces. Il l'accompagnait quand elle en avait besoin. Sur la question de savoir s'il avait tenté de reprendre une activité professionnelle ou une activité de bénévolat depuis juin 1997, il avait essayé à plusieurs reprises, effectué diverses recherches, mais sans succès. À la question de savoir s'il était actuellement à la recherche d'un emploi rémunéré ou s'il songeait à devenir indépendant, il a répondu que s'il arrivait à faire quelque chose, pourquoi ne pas essayer. À la question de savoir dans quel domaine il estimait pouvoir travailler à 50 %, il a répondu « Ce que vous voulez. Peut-être si possible ouvrir une arcade (tea-room) avec ma femme mais le gros souci c'est le loyer. ». À la question de savoir s'il avait des attentes, des projets, des intérêts personnels ou professionnels, et s'il avait pensé à une reconversion, il a répondu qu'il pensait toujours à faire quelque chose, mais réalisait souvent qu'avec son dossier AI il lui était difficile d'entreprendre quelque chose.

L'enquêteur lui a signifié que l'OAI avait été informé de son activité de vendeur de vieux objets sur le marché aux puces de la plaine de Plainpalais et de déménageur. Invité à se déterminer à ce sujet, il a indiqué qu'il aidait sa femme lorsqu'elle en avait besoin sur le marché aux puces de Plainpalais. Il aidait également l'un de ses fils, qui possède une société de ventilation. Il l'aidait avec ses deux véhicules (un fourgon Fiat et un fourgon Renault, croyait-il). Il les conduisait à son dépôt. En ce qui concerne l'activité de déménageur, ses trois fils s'en occupaient. L'un d'eux avait vendu une fourgonnette Ducato ainsi qu'un camion Iveco à son nom. Il lui restait un seul véhicule Ducato jaune à son nom. À la question de savoir pourquoi il n'avait jamais déclaré cette activité à l'office ainsi qu'aux différents experts, notamment lors de sa demande de révision en décembre 2006, et lors de sa demande d'allocation pour impotent en février 2012, il a répondu qu'il ne savait pas. Il n'avait

pas été questionné à ce sujet. Informé de ce qu'il ressortait de l'enquête qu'il était actif sur le marché de Plainpalais depuis le 4 novembre 2008 les mercredis et les samedis et que plus de trois cent-vingt présences avaient été comptabilisées du 2 novembre 2008 à janvier 2013, il a répondu que c'était possible. Il lui arrivait de travailler les mercredis et/ou les samedis. Cela dépendait beaucoup de la météo. Ils alternaient leur présence sur le marché avec trois ou quatre de ses fils ainsi que sa femme. Il possédait une carte de légitimation pour l'année 2013, et sa femme également. Ils avaient commencé le marché aux puces depuis le début 2009. Lors du montage du stand, des personnes employées sur le marché les aidaient à monter et démonter la tente ou les tables, cela dépendait du temps. Ils arrivaient avec un fourgon Fiat et ces derniers vidaient le véhicule de ses effets. Lui et sa femme étaient en règle générale sur le marché avant qu'ils n'arrivent afin de se présenter auprès des agents municipaux et de signaler leur présence. Lors des marchés il participait au rangement des objets. Il vendait de temps en temps des effets. Il alternait les positions debout/assise et il restait la plupart du temps présent sur les lieux. S'agissant d'évaluer son taux d'activité, il l'estime entre 10% et 20%, cela dépendait encore une fois de la météo; mais il leur arrivait parfois de juste signaler leur présence sur ledit marché. Il commençait la journée aux environs de 9 heures et la terminait avec sa femme aux environs de 15-16 heures. Ils n'avaient pas d'horaires précis ; il était difficile d'estimer les heures effectuées. Il a affirmé tenir une comptabilité et avoir déclaré CHF 3000.- pour l'année 2011. Pour l'année 2012, il pensait qu'ils allaient déclarer un peu plus, mais il n'avait pas encore les chiffres (il n'avait pas encore rempli sa déclaration d'impôts). Il pensait qu'ils allaient déclarer de CHF 8'000.- à CHF 10 000.-. Informé de ce qu'une surveillance avait été effectuée à son encontre pendant les mois de juin et septembre 2012 confirmant une activité de pucier, avec une journée de près de neuf heures de présence sur son stand, et prié de s'expliquer, il a indiqué que lorsqu'une des infirmières de l'office était venue la première fois à leur domicile (il ne se rappelait plus de la date: il devait y avoir deux ou trois ans), il n'était pas chez lui: il se trouvait à un rendez-vous de médecin. Ils avaient par la suite agendé un nouveau rendez-vous: cela devait être une semaine plus tard. Il avait expliqué à cette infirmière qu'il n'était pas au stade de bénéficier d'une allocation pour impotent. Il avait refusé cette aide. Il transmettrait à l'office dans les plus brefs délais un écrit qui attestait qu'il renonçait à l'allocation pour impotent. Il n'avait rien d'autre à ajouter. Il avait enfin pris note que l'instruction médicale de son dossier serait complétée, et confirmé qu'il avait dûment été informé avoir fait l'objet d'une surveillance et du contenu de celle-ci. Il avait également pris note de la possibilité de demander par écrit une copie du rapport de surveillance. Il avait enfin certifié que cet entretien, s'était déroulé de façon sereine et que les propos consignés avaient été exprimés librement.

38. L'assuré a encore produit des documents médicaux notamment au sujet de son genou:

- un rapport de consultation du 15 mai 2012 du département de chirurgie des HUG, consécutif à l'entorse du genou en février 2012: le patient présentait une petite instabilité, mais subjective et qui se majorait en fin de journée à titre de dérochement. Il présentait des douleurs fluctuantes, plutôt internes majorées par rapport à avant l'accident. Le jour de la consultation le genou était parfaitement sec; il n'existait pas d'amyotrophie quadricipitale. Au vu de l'examen clinique du patient, de son âge, de sa demande fonctionnelle ainsi que des traitements jusqu'alors réalisés, il effectuerait un traitement par physiothérapie pendant un mois et demi.
- un courrier du 26 octobre 2012 du Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, se référant à une consultation du 20 septembre 2012 concernant la gonalgie gauche, suite à une chute sur la glace en février 2012 (rupture isolée du ligament croisé antérieur). Traité conservativement jusqu'à ce jour, le patient présentait des signes d'instabilité et de douleurs lors de multiples entorses à répétition. Étant donné le sentiment d'instabilité, les douleurs présentées par le patient, associées à un handicap dans ses différentes activités, il y avait clairement une indication à stabiliser ce genou. Il avait donc proposé de réaliser une ligamentoplastie selon Kenneth Jones, en ambulatoire.
- un bon pour neuf séances de physiothérapie du 21 janvier 2013 délivré par le docteur Q_____.

39. Le 12 mars 2013, l'assuré a adressé un courrier à l'OAI relatif à son audition du 5 février 2013:

Dans la mesure où il était au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, et s'agissant d'une rente partielle, il pensait pouvoir chercher, pour le pourcentage considéré comme valide, une toute petite activité, et c'est donc en toute bonne foi qu'avec son épouse ils avaient demandé une carte de marchands pour le marché aux puces. Il s'agissait d'une activité irrégulière ; il ne s'y rendait pas toutes les semaines, en fonction des conditions météorologiques et surtout de son état de santé. Il était aidé dans cette activité par ses fils pour la mise en place du stand et le transport des objets lourds. Même si la demande initiale datait de 2008, ils n'avaient commencé une réelle activité qu'en 2011, une partie des présences comptabilisées l'avaient été car ils s'annonçaient le matin pour pouvoir conserver leur stand. Il joignait à ces commentaires plusieurs certificats médicaux attestant d'incapacités de travail, qui avaient été présentés à l'unité des foires et marchés afin de permettre que les absences ne soient pas comptabilisées comme telles.

S'agissant de la demande d'une allocation d'impotent de 2012, il n'avait pas déposé une telle demande. À sa connaissance la Dresse C_____ avait simplement signalé que son état de santé s'était aggravé, puisqu'il avait dû subir une opération, qu'il avait été amené à consulter plusieurs médecins et qu'il devait prendre passablement de médicaments pour atténuer ses douleurs. Il n'avait pas compris qu'il s'agissait

d'une demande d'allocation d'impotence. Si tel était le cas il la retirait, comme en 2010. Peut-être y avait-il eu confusion entre les deux demandes.

40. Par courrier du 25 mars 2013, l'OAI a pris acte du retrait de la demande d'allocation d'impotence du 24 février 2012, considérée comme nulle et non avenue.
41. Par courrier du 21 mai 2013, l'assuré a été informé de la désignation d'un expert, le docteur S_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, qui a procédé à son examen clinique le 9 octobre 2013, et déposé son rapport d'expertise le 15 octobre 2013.

L'expert a distingué les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail (omalgies D (droite) sur probable conflit sous-acromial, omalgies D d'origine mixte syndrome cervicobrachial avec discopathie C4-C5, C5-C6, gonalgies récurrentes, status post-entorse du genou G en 2012, status post-ligamentoplastie en novembre 2012) et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (pendant l'enfance: ancienne hépatite B, appendicectomie, kyste arthro-synovial du poignet D, TCC en 1967 et 1986 TCC et douleurs de l'épaule D (plutôt G ?), opération épaule G (gauche) pour instabilité antérieure et opération selon Bankart en 1997, arythmie cardiaque avec coronarographie normale 1998, kyste testiculaire D et colopathie fonctionnelle en 2007, migraines à répétition en 2011, entorse du genou G en 2012, lombalgies chroniques – discopathie L5-S1), l'expert a procédé à l'appréciation du cas, retenant qu'actuellement l'assuré avait une activité occupationnelle dans des marchés aux puces à raison d'un à deux jours par semaine. Au status du jour de l'expertise, l'examen frappait par la surélévation de l'épaule D probablement sur mesure antalgique, des signes de conflit positif à D et un syndrome cervicobrachial partiellement C6 irritatif D avec hypomobilité cervicale basse. On notait également un syndrome lombovertébral et des gonalgies D cependant sans signe méniscal ou tendineux; il n'y avait pas de signe d'instabilité, il n'y avait pas d'amyotrophie. Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique de la colonne lombaire était rassurant: il n'y avait pas de discopathie, au niveau de l'épaule D; il n'y avait pas de signes de tendinopathie significative hormis le sus-épineux qui montrait quelques signes de dégénérescence compatible avec l'évolution due à son âge. Cependant, au niveau cervical, on notait une discopathie multi-étagée de C4 à C7 prédominante en C5-C6 et C6-C7 avec légère diminution du trou de conjugaison à D. Dès lors, les omalgies D étaient probablement d'origine mixte. D'une part, on notait une origine spondylogène avec syndrome cervical associé, et un probable conflit sous-acromial sans conséquence sur la bourse sous-acromiale. Du point de vue thérapeutique, l'assuré devrait bénéficier d'une approche rhumatologique avec infiltration de l'épaule D et physiothérapeutique en thérapie manuelle avec mobilisation douce, progressive, active et passive. L'utilisation d'une ceinture lombaire lors des ports de charges en porte-à-faux pourrait être proposée. Du point de vue de son exigibilité, il n'y a pas d'argument parlant en faveur d'une péjoration de la situation par rapport à l'expertise de 2005. Dès lors, dans son ancienne activité de conditionneur de sandwiches, estimant qu'il lui était possible

d'alterner les positions et qu'il n'y avait pas de port de charges significatives, sa capacité de travail peut être estimée à 60 % dans une activité adaptée en évitant le port de charges au-dessus de l'horizontale et la position en porte-à-faux à 70 %. Cette appréciation se différencie de celle de la Dresse C_____ et s'apparente à celle du Dr N_____. De l'avis de l'expert, le bilan radiologique lombaire est rassurant et ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse à ce niveau. L'impotence fonctionnelle réside essentiellement dans les cervico-scapulalgies et les omalgies D à insérer dans un contexte de troubles dégénératifs sous-jacents au niveau cervical et les gonalgies D à insérer dans le contexte d'un status post-ligamentoplastie. Il n'y a cependant pas de laxité ou de signe méniscal positif. Il n'y a pas d'amyotrophie significative. L'assuré se meut et s'habille de manière fluide, il peut rester assis et monter et descendre deux étages d'escalier sans allégation douloureuse.

En réponse aux questions posées, s'agissant des influences sur la capacité de travail, pour ce qui est des limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés, du point de vue qualitatif l'assuré présente une limitation fonctionnelle concernant le port de charges avec le membre supérieur D de plus de 5-10 kg, les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier et les mouvements de genuflexion. Du point de vue quantitatif, 60 % dans son ancienne activité de conditionneur de sandwiches. S'agissant de l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, la situation est restée stable jusqu'à ce jour, lui permettant d'avoir une activité avec son épouse sur un marché. L'activité exercée jusqu'ici est exigible sans diminution de rendement. Au point de vue médical il y a une incapacité de travail de 20 % au moins depuis 1997, telle que décrite dans les expertises de 2005. Quant à l'évolution du degré d'incapacité de travail, la situation de l'épaule G s'est améliorée. Depuis 2012, on assiste à une recrudescence de douleurs de l'épaule D associées à des cervicobrachialgies et des gonalgies D pour lesquelles l'expertisé subit une ligamentoplastie en novembre 2012. Il n'y a cependant pas de péjoration par rapport à l'expertise de 2005 tant du point de vue clinique que paraclinique.

Des mesures de réadaptation professionnelle pourraient être envisageables. Cependant, au vu de son âge, de la situation assécurologique, l'assuré présente des facteurs de mauvais pronostic. La capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ne peut pas être améliorée, l'assuré ayant été licencié en 1997 et ayant été détenteur d'une rente AI jusqu'à ce jour. L'expert ne peut se déterminer sur l'influence que ces mesures pourraient avoir sur la capacité de travail. D'autres activités sont exigibles de la part de l'assuré, en évitant le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier, les mouvements de genuflexion et les mouvements de rotation au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur D. L'activité adaptée à l'invalidité peut être exercée, du point de vue purement rhumatologique, à 70 %. Il n'y a pas de diminution du rendement. L'expert remarque enfin que les différents éléments obtenus des photos et des images vidéo effectuées par le

détective privé sur le marché aux puces montrent un assuré qui se meut de manière fluide, qui est capable de porter des charges et d'effectuer des déplacements à vélo. Ces activités sont décrites par l'assuré et dénotent un certain potentiel de capacité de travail tel que décrit sous appréciation du cas. Il confirme que la situation ne s'est pas péjorée de manière significative. Cette activité, aux dires de l'accusé, est effectuée à titre occupationnel. Il est donc difficile à l'expert de se positionner par rapport à une augmentation de sa capacité de travail; vu sa mission il ne peut qu'attester l'absence de péjoration de la situation par rapport à l'expertise de 2005.

42. Le 12 décembre 2013, le SMR a considéré qu'au vu du rapport d'expertise du Dr S_____, il est certain que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas aggravé. Mais même si l'assuré semble pouvoir avoir des activités plus importantes, il n'est pas possible de certifier une amélioration de son état de santé. Par contre, bien que celui-ci soit resté inchangé, ses conséquences sur la capacité de gain se sont modifiées avec une nette amélioration de celle-ci.
43. Le 3 janvier 2014, l'OAI a reçu la copie d'un rapport de traitements de physiothérapie du 7 novembre 2013 de Physio-Osteo-Vendée. Il y est notamment relevé que l'assuré se déplace principalement à vélo.
44. L'assuré a produit le 13 janvier 2014 une copie des comptes d'exploitation de la vente sur les marchés et a donné des explications pour les années 2008 à 2013: pour les années 2008 (novembre) à 2011 (octobre), son épouse et lui-même n'avaient pas déclaré de revenus car ils n'avaient rien gagné, car ils n'avaient pas de matériel à disposition, ni de dépôt ou de véhicules. Pour la période comprise entre octobre 2011 à ce jour, il renvoyait aux déclarations d'impôt effectuées et joignait des copies des avis de taxation.
45. Le 21 mars 2014, l'assuré a pris contact téléphoniquement avec l'OAI : il n'était pas d'accord avec le projet de décision du 7 mars 2014. Son état de santé s'aggravait avec ses problèmes de genou, de dos et de cœur. Il consultait plusieurs spécialistes pour toutes ces atteintes et allait demander à ses différents médecins d'établir des certificats circonstanciés
46. L'assuré a confirmé sa position par courrier du 7 avril 2014. L'avis de son médecin traitant la Dresse C_____, ainsi que les rapports des autres médecins ne semblaient pas avoir été pris en considération par l'expert. Son état de santé s'était considérablement détérioré depuis qu'il était au bénéfice d'une rente AI. Il joignait à son courrier un rapport de consultation du 7 avril 2014 du Dr Q_____ et un certificat médical du 31 mars 2014 du Dr D_____.

Pour le premier, quatre mois (recte : seize) après une ligamentoplastie du genou gauche selon Kenneth Jones, le patient présentait toujours quelque déroutement avec, surtout, des craquements à la marche, qui l'empêchent de marcher en charge complète. À l'examen clinique on notait un épanchement intra-articulaire léger avec une flexion-extension subtotale mais une laxité du ligament croisé antérieur, avec un Lachmann arrêt dur juste retardé. Il était également relevé une perte de

sensibilité dans la partie externe du genou. Il était proposé de poursuivre la rééducation post-opératoire. Actuellement le patient n'avait aucune possibilité d'avoir une quelconque activité professionnelle.

Le second avait suivi le patient depuis le mois de janvier 1997, à la suite d'un traumatisme de l'épaule gauche. À fin 1997 il avait été opéré d'une instabilité pour laquelle il avait toujours gardé une certaine limitation fonctionnelle et des douleurs résiduelles stabilisées au fil des années. Par la suite étaient apparues des cervicalgies et des brachialgies droites. Il avait personnellement effectué un bilan clinique et radiologique au niveau de l'épaule droite, qui montre une tendinopathie de la coiffe, partiellement améliorée par une infiltration réalisée fin 2013. Il notait des signes de souffrance de la coiffe à droite et des signes de conflits à droite. Il n'y avait pas d'instabilité et aucun trouble neurologique. Il considérait que la situation se dégradait progressivement par rapport au traumatisme initial d'il y a 16 ans. Il estimait souhaitable de réévaluer sa situation clinique par une expertise auprès de l'assurance-invalidité.

47. Consulté au vu de la contestation du projet de décision par l'intéressé et des documents médicaux récents produits par l'assuré, le SMR constate que si le Dr Q_____ conteste lui aussi ce projet, il ne précise pas sur la base de quels éléments l'assuré ne pourrait pas travailler à 50%, sachant de plus que selon ses physiothérapeutes, il effectue quasiment tous ses déplacements en vélo. En conséquence le SMR persistait dans ses conclusions.
48. L'assuré a produit, le 27 mai 2014, un certificat médical du 19 mai 2014 du Dr T_____, spécialiste en gastro-entérologie: sur le plan digestif le patient est connu pour une colopathie fonctionnelle et une intolérance au lactose avec manifestations aggravées par un contexte de stress. Il présente en outre une maladie de reflux sur engagement hiatal sans lésions peptidiques lors d'un précédent examen endoscopique en 2012. Il a bénéficié à cette époque d'un traitement d'éradication d'une gastrite chronique à helicobacter pylori. Les manifestations digestives hautes et basses ne sont pas à l'origine de l'incapacité de travail mais aggravent la situation clinique de ce patient. Elles doivent par conséquent être intégrées dans la révision AI en cours.
49. Le SMR a considéré que que l'assuré présentait des atteintes digestives des plus banales (colopathie fonctionnelle, intolérance au lactose, reflux gastro-œsophagien) sans aucune complication. Le certificat confirme que les troubles digestifs ne sont pas incapacitants. Le SMR s'en tenait aux conclusions précédentes.
50. Le 10 juillet 2014, l'OAI a notifié une décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité: au vu de la contestation par l'assuré du projet de décision du 7 mars 2014, des explications qu'il avait données et des rapports médicaux qu'il avait transmis pour nouvelle évaluation, le SMR, après examen de ceux-ci et des précédents éléments médicaux versés au dossier, a estimé que les éléments produits ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation.

51. Par courrier du 11 août 2014, non signé, l'assuré s'est adressé à la chambre des assurances sociales, annonçant qu'il avait l'attention de faire recours contre « votre décision ».
52. Par courrier recommandé du 12 août 2014, la chambre de céans a informé le recourant de ce que son courrier n'étant pas muni de sa signature, il était invité à le retourner sous recours dûment signé, sous peine d'irrecevabilité, dans un délai échéant au 22 août 2014, ce que le recourant a fait le 19 août 2014.
53. Par courrier recommandé du 20 août 2014, la chambre de céans constatant qu'à teneur de l'art. 89 B al. 1 LPA, le recours devait comporter notamment un exposé succinct des faits et motifs invoqués, un nouveau délai au 1^{er} septembre 2004 a été imparti au recourant pour compléter son recours et le rendre conforme aux exigences légales, ceci sous peine d'irrecevabilité.
54. Dans l'intervalle, et par courrier du 18 août 2014, reçu le 21 août, Me Élisabeth ZIEGLER a informé la chambre de céans de ce que le recourant venait de la consulter, qu'elle devait encore se procurer le dossier AI; elle sollicitait un délai au 15 septembre 2014 pour compléter le recours. Ce délai lui a été accordé le jour-même.
55. Par courrier du 9 septembre 2014, le recourant a conclu à l'annulation de la décision du 10 juillet 2014, à ce que l'intimé soit condamné à verser au recourant une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2012 avec suite de dépens.

C'est à tort que l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité du recourant. L'expert désigné par l'intimé, le Dr S_____, a, de manière erronée, retenu dans son rapport d'expertise du 15 octobre 2013 qu'il n'y avait pas eu de péjoration de l'état de santé du recourant par rapport à l'expertise de 2005: dans la mesure où entre-temps, soit en 2012, il avait été victime d'un nouvel accident ayant provoqué une entorse du genou gauche ayant nécessité une ligamentoplastie en novembre 2012, intervention malgré laquelle, selon le médecin qui l'a opéré à l'époque, le recourant ne peut toujours pas marcher en charge complète, seize mois après l'opération, l'intéressé n'a aucune possibilité d'avoir une quelconque activité professionnelle. Ce traumatisme du genou gauche, survenu en février 2012, qui à lui seul justifie une incapacité de travail totale depuis cette date, n'existait évidemment pas en 2005.

Du point de vue de sa capacité de travail il a, autant qu'on pouvait l'attendre de lui, cherché à mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. Il a entrepris une activité indépendante de pucier sur le marché aux puces de Plainpalais, avec son épouse. Il se procure des marchandises à vendre grâce à la publicité qui figure sur ses véhicules utilitaires. Les intéressés le contactent par téléphone pour qu'il enlève les marchandises qu'ils veulent jeter. Il en prend possession, jette au rebut la plus grande partie et conserve les objets qu'il peut vendre aux puces. Il se rend sur place et organise le transport, mais ne s'occupe jamais de charger ou décharger la marchandise. Ses nombreuses affections nécessitent le recours à des aides, notamment pour le montage et le démontage du stand, et le transport de matériel

lourd. Les revenus qu'il en a tirés , CHF 5'090.- pour l'année 2012 et CHF 10'889 pour l'année 2013, comparés à ceux qu'il pourrait réaliser sans invalidité, soit CHF 5000.- par mois environ, représentent respectivement le 8.48 %, et le 18.15 % du revenu hypothétique qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide; ce qui représente en 2012 un taux d'invalidité de 91.5 % et en 2013 de 82 %, d'où la justification d'une rente entière.

56. Dans le délai imparti, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Du point de vue médical l'état de santé du recourant est resté inchangé selon l'expertise du Dr S_____, à laquelle il convient de reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant de sa capacité de gain, en ce qui concerne l'activité de pucier, une activité non adaptée ne permet pas de tirer des conclusions déterminantes sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré; or, les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise précitée sont les suivantes : pas de port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier, pas de genuflexion, pas de mouvements de rotation au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit. D'autre part, aux dires de l'assuré, cette activité reste occupationnelle; aussi, ne saurait-on, comme le fait le recourant, prendre en compte les revenus de son activité de pucier pour déterminer le taux d'invalidité.

57. Par courrier du 25 septembre 2014, la chambre de céans a communiqué au recourant la copie des écritures de l'intimé en lui impartissant un délai au 17 octobre 2014 pour éventuellement répliquer. Il n'a pas fait usage de ce droit.

58. Sur quoi 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) 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant a subi un changement important depuis qu'a été fixé le taux d'invalidité du recourant à 51 % par décision sur opposition de l'OAI du 29 septembre 2005, respectivement si un tel changement est survenu dans les conséquences de l'état de santé sur sa capacité de gain.

3. L'art. 17 al. 1er 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).
4. 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). 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 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).
5. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

7. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).
8. 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).
9. 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).
10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).
11. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, 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).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. Un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327 consid. 7.1 p. 337; arrêt 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, RSAS 57/2013 p. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise

médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (Moser-Szeless, op.cit., p. 153; voir aussi l'arrêt 8C_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.5). (8C_779/2012 arrêt du 25 juin 2013).

13. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a; ATF 109 V 114 consid. 2a et b).
14. 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).
15. Dans le cas d'espèce, le recourant met en cause la valeur probante de l'expertise du Dr S_____ dans la mesure où ce médecin arrive à la conclusion qu'il n'y a eu aucune aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision du 29 septembre 2005 ayant fixé le taux d'invalidité à 51%, alors même que dans l'intervalle, aux affections déjà existantes et reconnues en 2005 étaient venus s'ajouter les problèmes du genou gauche qui datent de février 2012. Il fait notamment valoir que le Dr Q_____ qui avait opéré le recourant en novembre 2012 pour rupture du ligament croisé du genou gauche, des suites de l'accident de février 2012 considère, en 2014, que le recourant, seize mois après la ligamentoplastie, et plus de deux ans après l'accident survenu en février 2012 ne peut pas marcher en charge complète et qu'il n'y a aucune possibilité pour le recourant d'avoir une quelconque activité professionnelle. Il se réfère également à l'avis exprimé par le Dr D_____ lequel évoque les problèmes liés aux épaules du recourant, qui estime que la situation se dégrade progressivement par rapport au traumatisme initial remontant à seize ans, et qui estime souhaitable de réévaluer pour une expertise auprès de l'assurance-invalidité, la situation clinique du recourant.

Après une anamnèse complète comprenant les antécédents familiaux, les antécédents personnels, la description des affections actuelles, du point de vue neurologique, et ostéoarticulaire, sur la base de tous les documents médicaux à disposition, de 1996 à fin septembre 2013, une anamnèse physique systématique, le recensement des capacités par rapport aux actes de la vie quotidienne, le

questionnement sur les habitudes de consommation de substances (tabac, alcool, médicaments), la situation socioprofessionnelle, la situation asséculologique, les indications subjectives de l'assuré, les constatations objectives résultant de l'examen de l'expertisé, l'observation de l'assuré durant l'examen, la prise en compte des examens radiologiques complémentaires auxquels il a lui-même fait procéder, l'expert a également confronté les divers avis de tous les médecins traitants ayant suivi à un titre ou à un autre l'assuré depuis 1996 à 2013 (parmi lesquels les Drs Q_____ et D_____), expliquant notamment en quoi ses constatations s'écartaient de l'avis de la Dresse C_____ et se rapprochait de l'avis du Dr N_____, notamment, et répondant enfin de manière complète aux questions posées, comme détaillé ci-dessus (ch. 41 – En Fait).

L'expert a également souligné que ses propres observations, en cours d'examen de l'assuré, sont corroborées par les illustrations vidéo et photographiques de la surveillance des activités professionnelles et du comportement de l'assuré dans la vie de tous les jours, démontrant un assuré qui se meut de manière fluide, qui est capable de porter des charges et d'effectuer des déplacements à vélo. Il relève que ses activités sont décrites par l'assuré lui-même et dénotent un certain potentiel de capacité de travail tel que décrit dans son appréciation du cas.

Or, les Drs Q_____ et D_____, dans les attestations médicales qu'ils ont établies postérieurement à l'expertise ne remettent nullement en cause les conclusions du Dr S_____, et montrent au contraire que les affections dont souffre le recourant, ayant entraîné une certaine limitation fonctionnelle et des douleurs résiduelles se sont stabilisées au fil des années. L'état de certaines affections, notamment une tendinopathie de la coiffe, a même pu être partiellement améliorée par une infiltration réalisée fin 2013 (Dr D_____). Le Dr Q_____ ne justifie nullement l'affirmation selon laquelle en raison de ses problèmes de genou le recourant ne présente aucune possibilité d'avoir la moindre activité professionnelle. Cette affirmation est du reste contredite par les faits: que ce soit par les constatations de l'expert lors de l'examen de l'assuré, la description même que ce dernier donne de ses activités, les constatations du détective, lesquelles n'ont pas été sérieusement remises en cause par le recourant, corroborées encore par les observations du physiothérapeute du recourant, du cabinet Physio-Osteo-Vendée qui constatait, postérieurement au rapport d'expertise du Dr S_____, que l'assuré est une personne relativement active qui se déplace principalement à vélo.

16. Au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr S_____, sur laquelle s'est fondé l'intimé pour arriver à la conclusion que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé, depuis septembre 2005, est convaincante et répond en tous points aux exigences et critères posés par la jurisprudence pour reconnaître pleine valeur probante à un rapport d'expertise ordonnée par l'administration notamment.

Ainsi, l'état de santé du recourant ne s'étant pas aggravé depuis la dernière décision fixant la rente, et en l'occurrence la demi-rente, fondée sur un taux d'invalidité de 51 %, l'administration n'avait à juste titre pas à procéder à une nouvelle évaluation

de l'invalidité. Dans cette logique d'ailleurs, les éléments recueillis ayant même laissé entrevoir une amélioration de la capacité travail du recourant, celle-ci n'a été évaluée ni par l'expert - dont la seule mission était d'examiner si l'état de santé s'était aggravé -, ni par l'intimé qui s'en est tenu au constat de la non-aggravation de l'état de santé, confirmant ainsi le maintien de la demi-rente octroyée sur opposition par décision du 29 septembre 2005.

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A 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

Irène PONCET

Mario-Dominique
TORELLO

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