RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2370/2021 **ATAS/696/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 août 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe NORDMANN	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____1954, est associé gérant de la société à responsabilité limitée Optique B_____ et photo C_____ Sàrl, à parts égales, aux côtés de son épouse, Madame D_____. Il est également lié à son entreprise par un contrat de travail et s'est assuré, à ce titre, auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance-accidents).

b. Le 28 janvier 2002, l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) d'une demande de prestations en raison d'une atteinte aux mains.

c. Il ressort de l'instruction menée par l'OAI que les diagnostics posés par les médecins étaient ceux de dyshidrose des mains d'origine indéterminée et résistante aux traitements dermatologiques, existant depuis 1998 (rapports des 15 janvier 2001 et 17 février 2002 du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne), dermatophytose plantaire et unguéale à Trochophyton rubrum (rapport du 23 juin 2000 du docteur F_____, spécialiste FMH en dermatologie-vénérologie), dermite séborrhéique vs psoriasis, dermatophytie des pieds et ongles et dermite eczémateuse des mains (rapport du Dr F_____ du 16 mars 2001).

d. L'OAI a soumis le dossier de l'assuré à son service médical régional (SMR) qui a considéré, dans un avis du 13 mars 2006, qu'il existait une incapacité de travail pour certaines activités seulement, l'assuré devant « éviter la manipulation de verres de contact ». Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière.

e. Le 16 mai 2006, l'OAI a procédé à une enquête pour activité professionnelle indépendante. Il ressort notamment du rapport y relatif, daté du 16 mai 2006, que l'assuré avait d'abord exercé son activité sous la forme d'une entreprise individuelle jusqu'en novembre 1998. Depuis, il s'agissait d'une société à responsabilité limitée. L'entreprise était séparée physiquement en deux magasins, l'un pour l'optique et l'autre pour la photographie. La concurrence entre opticiens était importante à Genève. Cependant, l'assuré ne s'estimait pas vraiment touché, dès lors qu'il était le seul opticien dans le quartier. Ce qui posait problème était plutôt le renouvellement de la clientèle. En effet, les habitants du quartier étaient plutôt âgés et tendaient naturellement à disparaître. Étant donné ses problèmes de santé particulièrement visibles, il peinait à renouveler sa clientèle. Il remarquait en effet très souvent la mine dégoûtée des nouveaux clients, qui ne revenaient jamais.

Dans sa comparaison des champs d'activités, l'OAI a constaté que l'assuré consacrait 50% de son temps à l'activité de direction et 50% à l'activité d'opticien à proprement parler (intitulée « atelier & examens).

L'office précité a tout d'abord examiné les répercussions de l'atteinte dermatologique sur l'activité de direction. L'OAI a ainsi relevé qu'en raison de l'atteinte dermatologique, l'assuré apparaissait parfois comme « repoussant » (sic !) vis-à-vis des nouveaux clients. Même si sa femme le remplaçait aussi souvent que possible lorsqu'il s'agissait d'accueillir les nouveaux clients et de les conseiller ou renseigner, les relations publiques constituaient l'essentiel de l'activité de direction de l'assuré, de sorte que l'office précité a retenu une incapacité de travail de 30% dans ce domaine (gestion, organisation, acquisition, personnel, offres, commandes, etc.).

L'OAI a ensuite examiné les répercussions de l'atteinte dermatologique sur l'activité d'opticien à proprement parler. L'office précité a ainsi constaté que la manipulation des petits objets, tels que les verres de contact, les verres de lunettes, etc., était devenue particulièrement problématique pour l'assuré, qui ressentait des douleurs, ce qui rendait le travail de précision plus difficile. Ses doigts saignaient régulièrement lorsqu'il appliquait une certaine pression. L'OAI a donc retenu une incapacité de travail de 50% dans l'activité qu'il a intitulée « atelier & examen », étant précisé que même si l'épouse de l'assuré avait entrepris une formation pour devenir opticienne diplômée, elle n'allait jamais avoir les qualifications de son époux, celles-ci étant le fruit de nombreuses années d'études supplémentaires.

La comparaison des champs d'activités pour le métier d'opticien indépendant menait à une incapacité de travail pondérée de 40% et la comparaison des revenus selon la méthode ordinaire conduisait à un degré d'invalidité de 45%, le revenu avec invalidité correspondant dans ce cas, selon l'OAI, aux charges supplémentaires en personnel imputables au handicap, déterminées conformément aux statistiques ressortant d'une enquête effectuée par l'association suisse de l'optique (ASO).

f. Compte tenu des résultats de l'enquête précitée, l'OAI a, par décision du 6 octobre 2006, mis l'assuré au bénéfice d'un quart de rente dès le 1er janvier 2001, le degré d'invalidité retenu étant de 45%.

B. **a.** L'OAI a ouvert, en juillet 2009, une procédure de révision d'office de la rente.

b. Selon les documents récoltés, l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire (rapports du Dr E_____ des 20 août 2009, 21 décembre 2011 et 5 février 2014), le diagnostic étant celui de dermatite de contact aux métaux, notamment à ceux constituant les montures de lunettes (rapports du Dr E_____ des 20 mai et 12 novembre 2014).

c. Les rapports précités ont été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis du 20 août 2010, que dans la mesure où l'état de santé de l'assuré était stable selon le médecin traitant, les conclusions du SMR du 13 mars 2006 restaient valables.

d. Le 2 janvier 2019, l'assuré a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations en raison d'un accident survenu le 1er juillet 2016, lequel a entraîné

une rupture musculaire au membre inférieur gauche, atteinte venant s'ajouter à celle, déjà connue, au niveau des mains.

e. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a notamment demandé le dossier à l'assureur-accidents de l'assuré. Il en ressort que ce dernier a subi quatre accidents, dont le plus important est survenu le 1er juillet 2016. À cette date, l'assuré a été victime d'une chute ayant entraîné une rupture complète du muscle droit antérieur de la cuisse gauche, au détriment de sa jonction myo-aponévrotique distale avec rétractation de la masse musculaire en amont et présence d'un hématome en voie d'organisation (cf. rapport de l'échographie de la cuisse gauche du 15 juillet 2016).

L'assureur-accidents a pris en charge les suites de cet accident avant de mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 octobre 2016, la situation étant, selon lui, stabilisée à cette date (cf. décision du 8 décembre 2016).

Dans le cadre de l'instruction de l'opposition de l'assuré, l'assureur-accidents a mandaté pour expertise le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Selon son rapport du 22 mars 2017, complété le 12 septembre 2017, les diagnostics étaient ceux de status après contusion lombosacrée simple le 16 mai 2017, status après rupture subtotale isolée de la jonction myotendineuse du droit antérieur de la cuisse gauche le 1er juillet 2016, traitée conservativement avec un bon résultat anatomique et fonctionnel, canal lombaire étroit dégénératif prédominant en L4-L5 avec probable claudication neurogène fonctionnelle, polyneuropathie sensitive des membres inférieurs et obésité. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 75% dès le 1er avril 2017 et de 100% dès le 1er juillet 2017. En tout état, une capacité de travail de 100% était immédiatement exigible dans une activité adaptée, en position semi-assise, voire principalement assise, ne nécessitant pas de longs déplacements ni de manutention lourde.

Par décision sur opposition du 6 septembre 2018, l'assureur-accidents a, en se fondant sur les rapports précités du Dr G_____, partiellement admis l'opposition de l'assuré et a modifié la décision du 8 décembre 2016, en ce sens notamment qu'il reconnaissait une incapacité de travail de 100% du 1er novembre 2016 au 31 mars 2017 et de 25% du 1er avril au 30 juin 2017, aucune incapacité de travail en rapport avec la cuisse gauche n'étant justifiée au-delà du 1er juillet 2017.

Sur recours, la Chambre de céans a confirmé la décision sur opposition précitée, considérant que les rapports du Dr G_____ revêtaient une pleine valeur probante (ATAS/403/2021 du 3 mai 2021). Le recours au Tribunal fédéral a été rejeté par arrêt 8C_420/2021du 6 octobre 2021.

À noter que l'assuré a également été victime d'autres accidents en date des 16 mai 2017 (contusion lombosacrée et/ou des fesses, sans lésion anatomique traumatique), 26 janvier 2018 (lésion myo-aponévrotique intéressant le semi-tendineux de la cuisse droite) et 28 septembre 2018 (douleurs multiples à la tête,

aux épaules, jambes, …). Ces accidents n'ont toutefois pas entraîné d'incapacité de travail de longue durée.

f. Parallèlement aux accidents précités, l'assuré a également sollicité la prise en charge, par l'assureur-accidents, de son atteinte dermatologique en tant que maladie professionnelle.

Dans ce cadre, l'assurance-accidents compétente a mandaté la Fiduciaire H_____ SA pour une expertise comptable. Il ressort notamment de son rapport du 24 mai 2018, que le revenu de l'assuré, de CHF 72'000.- par année, n'avait pas fluctué. L'aggravation de la maladie dès 2012 n'avait pas eu de conséquences directement perceptibles dans les résultats de l'entreprise, dès lors que ceux-ci s'étaient détériorés, dans un premier temps, pour la partie « Photo » et non pas « Optique », étant précisé que l'assuré travaillait dans ce dernier secteur uniquement.

Par décision du 8 janvier 2021, l'assurance-accidents a implicitement laissé ouverte la question de la qualification de maladie professionnelle de l'atteinte dermatologique. Elle a en revanche refusé de prester, au motif que l'assuré ne pouvait justifier d'une perte de gain. En effet, il avait continué à travailler à 100% en tant que responsable du magasin. Il pouvait exécuter ses tâches de manière relativement indépendante. Enfin, les pièces comptables ne permettaient pas de déterminer si et quand ses troubles auraient eu un impact sur la marche financière de son commerce et, le cas échéant, de le quantifier.

Le 29 avril 2021, l'assurance-accidents a confirmé sa décision du 8 janvier 2021, relevant, d'une part, qu'une maladie professionnelle avait été reconnue du point de vue médical et qu'afin d'en établir les conséquences économiques, une enquête économique avait été confiée à la fiduciaire susmentionnée et, d'autre part, que comme elle l'avait déjà relevé dans sa décision querellée, le droit aux prestations d'assurance devait être nié, faute de preuve de pertes économiques.

L'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 29 avril 2021 (procédure A/1875/2021).

g. Le dossier de l'assureur-accidents et notamment les rapports précités du Dr G_____ ont été soumis au SMR, qui a considéré, dans un avis du 7 avril 2020, qu'il fallait « s'en tenir aux conclusions de l'avis SMR de 2010 », mais qu'il existait des limitations fonctionnelles supplémentaires depuis l'accident de juillet 2016, à savoir pas de marche et de station debout prolongées, pas de marche en terrain instable ou irrégulier, pas de montées et de descentes d'escaliers répétées, d'échelles ou d'escabeau. Cela étant, malgré tout, la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité plus adaptée aux limitations cutanées et orthopédiques.

h. Le 24 mars 2021, le service des indépendants de l'OAI a une nouvelle fois examiné la situation de l'assuré. Après avoir résumé l'enquête économique du 16 mai 2006, le rapport de la fiduciaire H_____ du 24 mai 2018 et les

conclusions du SMR du 7 avril 2020, le service précité a considéré qu'il n'y avait pas d'élément médical permettant de modifier la capacité de travail retenue dans l'activité habituelle jusqu'à fin juin 2016. Dès cette date, le SMR retenait des limitations fonctionnelles supplémentaires, lesquelles étaient toutefois respectées dans l'activité habituelle.

C. Par projet de décision du 25 mars 2021, confirmé par décision du 9 juin 2021, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, considérant que si la situation médicale avait manifestement changé, avec des limitations fonctionnelles supplémentaires consécutives à l'accident de juillet 2016, la capacité de travail était toujours de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité plus adaptée aux limitations cutanées et orthopédiques.

D. **a.** Le 12 juillet 2021, sous la plume de son conseil, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 9 juin 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à la modification de cette décision et à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement d'une demi-rente, « dès janvier 2021, subsidiairement janvier 2014, et ce jusqu'au 30 septembre 2019 » (sic !). À l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment relevé qu'une dégradation de ses revenus pouvait être constatée dès 2013 et que la question qui se posait était celle de savoir si, à partir de 2014, il était exigible qu'il remette ses deux magasins, pour tenter de trouver une autre activité. La réponse était négative, étant donné qu'il avait déjà 60 ans en 2014, que la remise de ses deux magasins ne pouvait se faire immédiatement et sans pertes économiques importantes et que son épouse travaillait pour la partie photographie. Par ailleurs, il était d'avis que la conjonction des deux atteintes, à la jambe et aux mains, était à l'origine de l'effondrement économique du secteur optique dès 2014. De plus, s'il était certes juridiquement salarié de son entreprise, il fonctionnait comme indépendant et il lui était donc très difficile, voire impossible ou du moins irréaliste, d'exercer une autre activité indépendante et encore plus d'être engagé comme salarié. Enfin, le recourant reprochait à l'office intimé de ne pas indiquer quelles autres activités étaient encore exigibles compte tenu de son âge et de son handicap.

b. L'office intimé a répondu en date du 4 août et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a notamment rappelé, en se référant à un avis de son SMR du 29 juillet 2021 joint, qu'il s'agissait d'une procédure de révision, au cours de laquelle des limitations fonctionnelles supplémentaires (qualifiées de généreuses par le SMR vu les conclusions du Dr G_____) avaient été retenues sans que cela ne modifie toutefois la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, de sorte que le degré d'invalidité était inchangé.

c. Par réplique du 30 août 2021, le recourant a considéré que la réponse était axée uniquement sur des éléments médicaux, alors que le recours portait sur le fait que les deux parties avaient admis que les effets conjugués des atteintes orthopédiques et dermatologiques justifiaient une incapacité de travail de 50% dans l'activité

exercée effectivement. Or, l'intimé était d'avis qu'une activité de substitution existait, ce qui était contesté vu notamment son âge, de sorte que le préjudice économique était entier, ce qui entraînait le droit à une rente entière, subsidiairement à une demi-rente.

d. L'intimé a produit sa duplique le 22 septembre 2021 et a relevé que la situation était la même que lors de la première demande de prestations, dans le cadre de laquelle il avait été retenu qu'il paraissait inopportun d'exiger du recourant qu'il change d'activité. L'évaluation de l'invalidité avait été faite en procédant à une comparaison des champs d'activités de son entreprise. Dans la mesure où il n'y avait aucune modification s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, l'évaluation du degré d'invalidité restait le même. Par ailleurs, lors d'une nouvelle demande ou d'une révision, l'« âge avancé » ne constituait pas un facteur susceptible d'entraîner l'application de la jurisprudence rendue à ce propos.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Selon les dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable (let. c).

En l'occurrence, l'assuré était âgé de 67 ans au 1er janvier 2022 et son droit à la rente est né avant cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. **3.1.** Dans le sillage de la modification du 19 juin 2020 (Développement continu de l'AI) de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20), la LPGA a également connu plusieurs modifications – incluant l'art. 44 sur l'expertise – qui sont entrées en vigueur le 1er janvier 2022.

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 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). Sur le plan de la procédure, les nouvelles dispositions y relatives sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours, dès l'entrée en vigueur du nouveau droit (ATF 129 V 113 consid. 2.2). Ceci concerne en particulier les dispositions du chapitre 4 de la LPGA (« Dispositions générales de procédure »), soit les art. 27-62 LPGA (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2).

3.2. Précédemment, le Tribunal fédéral avait relevé, en lien avec l'art. 52 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) que la LPGA ne contenait pas de disposition transitoire relative aux délais de péremption et de prescription prévus par l'ancien art. 82 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101) et l'art. 52 al. 3 LAVS et rappelant que dans un arrêt du 27 septembre 2005 (ATF 131 V 425), le Tribunal fédéral des assurances avait jugé que les prétentions en dommages-intérêts qui n'étaient pas encore périmées au 1er janvier 2003 étaient assujetties aux règles de prescription de l'art. 52 al. 3 LAVS qui étaient entrées en vigueur à ce moment-là (ATF 131 V 425 consid. 5.1 et 5.2), confirmant ainsi le bien-fondé de la pratique administrative (ch. 7057.1 des directives de l'Office fédéral des assurances sociales [ci-après : OFAS] sur la perception des cotisations ; ATF 134 V 353 consid. 4).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière ou du moins à une demi-rente, plus particulièrement sur l'existence entre le 6 octobre 2006 - date à laquelle a été rendue la première décision reposant sur un examen matériel de la situation - et le 9 juin 2021 - date à laquelle l'OAI s'est prononcé, dans le cadre de la procédure de révision, sur l'aggravation de l'état de santé du recourant et son influence sur le droit aux prestations.

6.

6.1. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 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).

6.2. À teneur de l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la demande de révision. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b). Ces principes sont également applicables en matière de révision.

6.3. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b).

6.4. 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).

6.5. 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).

6.6. S'il y a dégradation de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels, ce changement, en vertu de l'al. 2 de l'art. 88a RAI, est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2014, n° 35 ad art. 28).

S'agissant de l'art. 29bis RAI réservé à l'art. 88a al. 2 RAI, il prévoit que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI cité, celle qui a précédé le premier octroi. L'application par analogie de cet article dans le cadre de l'art. 88a al. 2 RAI implique que lorsqu'il y a aggravation de la même atteinte à la santé, celle-ci peut conduire à une rente supérieure avant l'échéance du délai de trois mois (cf. VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance- - invalidité (AI), 2018, n° 37 ad Art. 31 ; MEYER/ REICHMUTH, op. cit., n° ch. 26 ad art. 29). Il faut alors que le délai d'une année de l'actuel art. 28 al. 1 let. b LAI pour la rente plus élevée soit déjà écoulé auparavant (arrêt du Tribunal fédéral I 11/00 cité consid. 3, surtout 3d).

7. Dans un premier temps, il s'agit de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre la décision initiale du 6 octobre 2006 et la décision litigieuse.

7.1. 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).

7.2. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

8.

8.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

8.2. 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.

8.2.1. 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).

8.2.2. Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction

complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

8.2.3. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

8.2.4. À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9. 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).

10.

10.1 En l'espèce, le recourant bénéficie d'un quart de rente depuis le 1er janvier 2001 en raison de son atteinte dermatologique aux mains. La procédure de révision initiée par l'intimé en 2009 a abouti à la constatation que l'état de santé du recourant était stable, mais aucune communication dans ce sens ne lui a été adressée. Le 26 décembre 2018, le recourant a invoqué une aggravation de son état de santé, avec une atteinte des membres inférieurs. Si l'intimé est effectivement entré en matière sur la demande de révision, il a considéré, en se fondant notamment sur les rapports du Dr G_____ et l'avis du SMR du 7 avril 2020, que l'état de santé du recourant ne modifiait pas sa capacité de travail dans l'activité habituelle.

Il convient donc de se demander, dans un premier temps, si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision du 6 octobre 2006, de manière à entraîner des répercussions sur la capacité de travail. Il convient, dans cette

optique, de comparer l'état de santé du recourant prévalant en 2006 et celui existant jusqu'en 2021.

10.2. Le 6 octobre 2006, l'intimé a mis le recourant au bénéfice d'un quart de rente, en se fondant notamment sur plusieurs pièces dont il ressort que celui-ci souffrait d'une atteinte dermatologique, laquelle a été qualifiée tantôt de lésion dysidrosique des doigts et de la face palmaire des mains des deux côtés, l'empêchant de manipuler correctement et hygiéniquement les verres de contact, activité représentant 25% de son temps de travail (cf. rapport du Dr E_____ du 15 janvier 2001), tantôt de dermite séborrhéique vs psoriasis, dermatophytie des pieds et ongles et dermite eczémateuse des mains, atteintes rendant l'activité professionnelle du recourant difficile, notamment lors de la mise en place des lentilles (rapport du Dr F_____ du 16 mars 2001) ou encore de dysidrose des mains d'origine indéterminée, ne lui permettant plus de manipuler les verres de contacts, ses doigts et ses mains étant « repoussants » pour la clientèle et entraînant une incapacité de travail d'environ (~) 50% depuis environ (~) 1998 (cf. rapport du Dr E_____ du 17 février 2002).

Le 21 juin 2002, le SMR a pris en considération les rapports précités et a établi un premier avis, dont il ressort que si l'assuré ne pouvait pas « s'occuper de certaines activités en raison de ses problèmes de mains, alors il [fallait] voir pour un autre métier. Toute autre activité [était] possible qui respect[ait] certaines exigences au niveau des mains ([illisible]) ».

Le 16 août 2005, le Dr E_____ a établi un nouveau rapport, selon lequel l'état de santé du recourant était resté stationnaire, avec des difficultés avec les verres de contact. La capacité de travail était de 75% dans l'activité habituelle d'opticien, les 25% étant retenus en raison de l'incapacité du recourant d'adapter des verres de contact.

Sur la base des éléments précités, le SMR a établi un deuxième avis daté du 13 mars 2006 dont il ressort que l'atteinte existait depuis 1998. Il y est également rappelé qu'il y avait une incapacité de travail « pour certaines activités uniquement, soit éviter la manipulation de verres de contact ». En revanche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée n'impliquant pas de manipulation de petits objets délicats.

En résumé, lorsque la décision a été rendue, le 6 octobre 2006, le recourant souffrait d'une atteinte dermatologique aux mains, l'empêchant d'effectuer certains gestes de sa profession habituelle. En revanche, sa capacité de travail était entière dans toute activité adaptée, n'impliquant pas les manipulations de verres de contact.

10.3. Le 30 juin 2009, l'intimé a ouvert une procédure de révision d'office et a récolté plusieurs documents dont il ressort que l'état de santé du recourant était resté stationnaire (cf. rapports du Dr E_____ datés des 20 août 2009, 21 décembre 2011 et 5 février 2014), le Dr E_____ considérant notamment que

le recourant était toujours incapable de poser et donc de vendre des verres de contact. La perte économique était toutefois plus importante, de sorte que la rente devait être portée à 50% (cf. rapport du Dr E_____ du 20 août 2009).

Dans son avis du 20 août 2010, le SMR a laconiquement retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, étant précisé que « selon le RM du Dr E_____, médecin traitant, du 16-12-2009, l'état de santé de l'assuré est stable. Par conséquent, les considérations du RM-SMR du 13-03-2006 sont identiques ».

Par la suite, après plusieurs années sans avoir rédigé de rapport, le Dr E_____, a mentionné, dans des rapports des 21 décembre 2011 et 5 février 2014, un état de santé resté stable, le recourant étant toujours incapable d'effectuer des mouvements fins, ce qui justifiait la poursuite du versement d'une « rente 25% » (sic !) en 2011, voire d'une invalidité à plus de 47% (sic !) en 2014. Ces rapports sont toutefois en contradiction avec celui rédigé par le même médecin, le 20 mai 2014, destiné à l'assureur-accidents, dans lequel il évoque des poussées de plus en plus fréquentes de dermatites digitales des deux mains, justifiant, selon lui, « une réévaluation de sa rente à 50%, voire 70% », ce qui pourrait sous-entendre que l'état de santé du recourant s'est aggravé. Cependant, ledit rapport ne fait pas état d'une aggravation de l'incapacité de travail du recourant.

En automne 2015, le recourant a consulté le docteur I_____, médecin associé au service de dermatologie et de vénérologie des HUG, lequel a établi un rapport en date du 15 octobre 2015, rapport dans lequel il a évoqué le diagnostic de psoriasis localisé au niveau palmo-plantaire (i.e. un psoriasis touchant les paumes des mains et/ou les plantes des pieds), du cuir chevelu et de la face dorsale des articulations inter-phalangiennes proximales. Le Dr I_____ a également fait état d'une aggravation des lésions des mains depuis trois ans environ, entraînant de fortes difficultés dans la préhension et la manipulation de petits objets dans le cadre de l'activité d'opticien. Le recourant prenait des mesures de protection (port de gants ou crème émolliente), mais vu la manipulation de petites pièces, le port de gants et l'utilisation de crèmes grasses étaient parfois rendus difficiles. Idéalement, le recourant devait privilégier des tâches plus administratives que manuelles. C'est le lieu de noter que le Dr I_____ n'a pas évoqué la question de la capacité de travail du recourant.

Le dossier soumis à la Chambre de céans comportait également divers rapports médicaux en lien avec les accidents des 1er juillet 2016, 26 mai 2017, 26 janvier et 28 septembre 2018 et notamment les rapports d'expertise du Dr G_____ des 22 mars 2017 et 12 septembre 2017, dans lesquels ce médecin a posé les diagnostics de status après contusion lombosacrée simple le 16 mai 2017, status après rupture subtotale isolée de la jonction myotendineuse du droit antérieur de la cuisse gauche le 1er juillet 2016, traitée conservativement avec un bon résultat anatomique et fonctionnel, canal lombaire étroit dégénératif prédominant en L4-L5 avec probable claudication neurogène fonctionnelle, polyneuropathie sensitive

des membres inférieurs, possibles troubles dégénératifs débutants de la hanche droite et obésité. La capacité de travail, nulle après l'accident, était de 75% dès le 1er avril 2017 et de 100% dès le 1er juillet 2017 dans l'activité habituelle. En tout état, une capacité de travail de 100% était immédiatement exigible dans une activité adaptée, en position semi-assise, voire principalement assise, ne nécessitant pas de longs déplacements ni de manutention lourde. C'est le lieu de noter que dans son ATAS/403/2021 du 3 mai 2021, la Chambre de céans a reconnu, au terme d'une analyse approfondie, une pleine valeur probante aux rapports du Dr G_____ datés des 22 mars et 12 septembre 2017. Le recours au Tribunal fédéral ne portait pas sur la question de la capacité de travail et donc de la valeur probante des rapports précités. Partant, conformément aux rapports précités du Dr G_____ et à l'ATAS/403/2021 du 3 mai 2021, il doit être considéré que, du point de vue orthopédique, la capacité de travail était à nouveau entière dans l'activité habituelle et ce à compter du 1er juillet 2017.

Enfin, le dossier constitué par l'OAI comportait deux rapports du docteur J_____, spécialiste FMH en neurologie, du 26 juillet 2017, dont il ressort que le recourant l'avait consulté en raison de sensations de paresthésies de la région lombaire et des membres inférieurs, associées à une hypoesthésie périnéale, ainsi que des troubles visuels de l'œil droit. Après examen, les diagnostics retenus étaient ceux de troubles visuels de l'œil droit d'origine *a priori* fonctionnelle, hypoesthésies et paresthésies fluctuantes et migrantes des membres inférieurs, sans substrat neurologique clairement retrouvé et d'origine indéterminée avec diagnostic d'exclusion d'origine fonctionnelle, hypoesthésie périnéale sans déficit clinique objectivable d'origine indéterminée mais avec diagnostic d'exclusion d'origine fonctionnelle et légère polyneuropathie sensitive axonale d'étiologie indéterminée. Le neurologue précité suspectait essentiellement des problèmes d'origine fonctionnelle et avait recommandé un avis psychiatrique avec suivi psychosomatique. C'est le lieu de noter que le Dr J_____ n'a pas examiné la question de la capacité de travail du recourant.

Le 7 avril 2020, le SMR s'est prononcé sur ces rapports médicaux et a renvoyé à sa précédente appréciation du 20 août 2010, pour retenir une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité habituelle d'opticien indépendant. Après avoir résumé les documents en lien avec l'accident du 1er juillet 2016 essentiellement, le SMR a considéré que la situation médicale avait évolué avec des limitations fonctionnelles supplémentaires, à savoir pas de marche et de station debout, pas de marche en terrain instable ou irrégulier, pas de montée ou descente des escaliers répétées, pas d'échelles ou d'escabeau, considérant que la capacité de travail était toujours de 50% dans l'ancienne activité.

10.4. À titre liminaire, la Chambre de céans constate que si dans son avis du 29 juillet 2021, le SMR a mentionné cette capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle, il ne s'est toutefois référé à aucun document médical en particulier. Or, en examinant les avis précédents du SMR, on constate que ce

service n'a jamais retenu, en la justifiant, une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. De toute évidence, il y a eu une mauvaise lecture du dossier par le SMR.

En réalité, une capacité de travail de 50% a été évoquée à deux reprises :

- Le Dr E_____ est le premier à avoir mentionné, dans son rapport du 17 février 2002, une incapacité de travail d'environ (~) 50% depuis environ (~) 1998. Non seulement cette appréciation de la capacité de travail n'est pas motivée, mais elle est en outre en contradiction avec les rapports de ce même médecin, datés des 15 janvier 2001 (rapport destiné à l'assureur-maladie perte de gain) et 16 août 2005 (rapport destiné à l'OAI), dans lesquels il est fait état d'une incapacité de travail de 25% dans l'activité d'opticien.

  Dans ses avis des 21 juin 2002 et 13 mars 2006, le SMR s'est prononcé sur les rapports au dossier et a notamment considéré qu'il y avait une incapacité de travail pour certaines manipulations uniquement, la capacité de travail étant pour le surplus dans une activité adaptée n'impliquant pas de telles manipulations.

- Le gestionnaire de l'OAI a également fait état d'une incapacité de 50% dans son enquête économique sur les répercussions de l'atteinte à la santé dont souffre le recourant. Cela étant, cette appréciation ne concernait que le champ d'activité « atelier et examen », et non l'activité de « direction », dans laquelle une incapacité de travail de 30% était retenue. Le gestionnaire est arrivé à cette conclusion après avoir examiné l'incidence économique de l'atteinte à la santé du recourant. Il a ainsi considéré, au vu des pièces médicales de l'époque et des explications données par le recourant, que la manipulation de petits objets (lentilles de contact, verres de lunettes, etc.) était devenue particulièrement problématique. Outre les douleurs qu'il endurait et qui rendaient nettement plus difficile le travail de précision, le recourant saignait également régulièrement du bout des doigts, du moment qu'il appliquait une certaine pression digitale. C'est donc pour cette raison que l'OAI a retenu une incapacité de travail de 50%, dans le champ d'activité « atelier et examen », domaine nécessitant justement la manipulation de petits objets. En revanche, dans le champ d'activité « Direction », impliquant essentiellement des relations publiques, l'OAI a considéré que l'incapacité de travail n'était « que » de 30%, en raison de l'aspect « repoussant » des mains.

En d'autres termes, lorsque la première décision a été prise, la seule pièce au dossier évoquant une incapacité de travail de 50% était le rapport du Dr E_____ du 17 février 2002, non motivé et en contradiction avec les appréciations subséquentes de ce même médecin. D'ailleurs, l'OAI en était conscient, dès lors qu'il a résumé la situation de la manière suivante : « [le recourant] souffre de dysidrose palmaire. Selon le SMR, l'atteinte durable date de 1998 (sans autre précision) ; l'assuré présente une IT de 50% dans son activité habituelle (cf.

rapport médical du 17 février 2002), et de 0% dans une activité adaptée (cf. rapport SMR du 13 mars 2006) (…) » (cf. rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 16 mai 2006).

C'est en réalité dans son avis du 20 août 2010 que le SMR a évoqué pour la première fois une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée (« CT activité habituelle 50% CT activité adaptée 100% ») sans autre motivation, tout en précisant que « selon le RM du Dr E_____, médecin traitant, du 16-12-2009, l'état de santé de l'assuré est stable. Par conséquent, les considérations du RM-SMR du 13-03-2006 sont identiques ». Cette appréciation fait de toute évidence suite à une mauvaise lecture du dossier, étant donné que dans son avis du 13 mars 2006, le SMR n'a, à aucun moment, retenu une incapacité de travail de 50%, mais évoqué une incapacité de travail « pour certaines activités uniquement, soit éviter la manipulation de verres de contact ». En revanche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée n'impliquant pas de manipulation de petits objets délicats.

Par la suite, dans son avis du 7 avril 2020, le SMR a considéré que les conclusions du SMR de 2010 étaient toujours valables. Dans son avis du 29 juillet 2021, le SMR s'est également référé à ses précédentes conclusions, lesquelles restaient valables selon lui, tout en relevant que les limitations fonctionnelles retenues étaient très généreuses compte tenu du complément d'expertise du 27 mars 2018 du Dr G_____.

En réalité, la mauvaise lecture du dossier s'est retrouvée dans les avis du SMR du 20 août 2010, auquel il est fait référence dans l'avis du 7 avril 2020 puis, implicitement, dans celui du 29 juillet 2021 (« les conclusions précédentes du SMR restent valables »).

Ainsi, dans la mesure où l'appréciation de la capacité de travail du recourant ne correspond ni aux pièces du dossier ni aux rapports du SMR auxquels il est fait référence, les avis du SMR des 20 août 2010, 7 avril 2021 et 29 juillet 2021 ne sauraient être probants sur la question de la capacité de travail et on ne saurait donc retenir une incapacité de travail générale de 50% dans l'activité habituelle, comme le souhaite le recourant (cf. réplique du 30 août 2021).

10.5. Cela étant précisé, force est de constater que la situation médicale du point de vue dermatologique ne s'est pas aggravée entre 2001 et 2021. Même s'il a été fait état de crises plus fréquentes, les médecins consultés et notamment le Dr I_____ ont évoqué une incapacité à effectuer certains gestes, ce qui avait déjà été retenu en 2006. Partant, on ne peut pas considérer qu'il y a eu aggravation sur le plan dermatologique.

En revanche, du point de vue orthopédique, l'assuré a montré une incapacité de travail de 100% entre le 1er juillet 2016 et le 31 mars 2017, de 25% entre le 1er avril et le 30 juin 2017 et de 0% dès le 1er juillet 2017, en raison d'une atteinte incapacitante à la cuisse gauche. De ce point de vue, il y a donc eu aggravation.

En résumé, il y a eu, de manière générale, une aggravation temporaire de l'état de santé du recourant sur le plan orthopédique entre le 1er juillet 2016 et le 30 juin 2017.

En tant qu'elle n'examine pas les conséquences de cette aggravation, la décision querellée doit être annulée.

11. Reste encore à examiner s'il y a eu une modification dans la situation économique du recourant, susceptible d'avoir un impact négatif sur l'une des données de la comparaison des revenus et d'entraîner une augmentation durable du degré d'invalidité. C'est principalement sur cet aspect que le recours porte.

11.1. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1).

La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré, car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

11.2. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références).

11.2.1. Dans le cas d'un indépendant, le degré d'invalidité ne saurait être déterminé en appliquant la méthode de la comparaison en pour-cent, cette méthode ne prenant pas en considération le fait que la gestion d'une structure commerciale engendre des charges fixes et incompressibles, telles que loyer, mobilier ou assurances, qui sont indépendantes de la variation du degré d'activité. Une diminution du chiffre d'affaires ne se traduit donc pas par une diminution proportionnelle du bénéfice. De telles circonstances nécessitent bien plutôt l'examen concret de la situation de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 4.2 et 4.3).

11.2.2. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de

l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 3.3, et les références).

11.2.3. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références).

Concrètement, la détermination de l'invalidité se fait en deux temps dans le cadre de la méthode extraordinaire (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], en vigueur depuis le 1er janvier 2022, ch. 3800s. ; voir également la Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie [CIIAI], en vigueur jusqu'à 31 décembre 2021, ch. 3105s) :

– Il faut, tout d'abord, effectuer une comparaison des champs d'activités, en établissant quelles sont les activités que l'assuré pourrait exercer avec et sans atteinte à la santé, et dans quel laps de temps il pourrait les accomplir. Dans ce contexte, il y a notamment lieu d'examiner dans quelle mesure il lui serait possible de réduire sa perte de gain, en substituant à certaines des tâches qu'il

accomplissait auparavant d'autres tâches, mieux adaptées au handicap dont il souffre.

– Ensuite, il s'agira de pondérer les activités en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. On peut ainsi déterminer le revenu sans invalidité et le revenu d'invalide et effectuer une comparaison des revenus. Concrètement, il y a lieu de pondérer les activités exercées par l'indépendant en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche ou le salaire résultant des ESS.

L'incidence des empêchements dans les diverses activités sur la capacité de gain peut se déterminer de deux manières différentes :

– Selon la formule suivante (cf. ATF 128 V 29 consid. 4a) :

$$\frac{T1 \times B1 \times S1 + T2 \times B2 \times S2 + T3 \times B3 \times S3 + T4 \times B4 \times S4}{T1 \times S1 + T2 \times S2 + T3 \times S3 + T4 \times S4} = \text{taux d'invalidité}$$

T correspond à la part consacrée à chacun des champs d'activités du travail en cause par rapport au temps total (= T1 + T2 + T3 + T4 = 100%) en pour cent, B à l'incapacité de travail dans chacune des activités et S au revenu pour l'activité correspondante.

– Selon le tableau suivant (cf. ch. 3802 CIRAI ; voir également ch. 3106 CIAII) :

Domaines d'activité	Part du domaine d'activité sans handicap	Part du domaine d'activité avec handicap	Revenu en francs	Possibilités de gain sans handicap	Possibilités de gain avec handicap
…	…%	…%	CHF …	CHF …	CHF …
Total	100%	…%	CHF …	CHF …	CHF …

La détermination du degré d'invalidité s'effectue ensuite de la manière suivante :

Possibilité de gain sans handicap

\- Possibilités de gain avec handicap

Perte de gain liée au handicap

Et la perte de gain en % (correspondant à l'invalidité en %) = perte de gain liée au handicap / revenu sans invalidité

12.

12.1. En l'espèce, le recourant a notamment expliqué, dans son recours du 12 juillet 2021, que dès 2013, il avait subi une diminution de son chiffre d'affaires

qu'il mettait en lien avec ses atteintes. Il estimait par conséquent que la question qui se posait était celle de savoir si, à partir de 2014, il était exigible qu'il remette son magasin, pour tenter de trouver une autre activité.

Il ressort de l'expertise comptable du 24 mai 2018 que les résultats de l'entreprise ont effectivement commencé à se détériorer de manière plus importante dès 2014, tout d'abord en ce qui concerne la partie « Photo », laquelle était entièrement gérée par l'épouse du recourant puis, dès 2016, pour la partie « Optique » :

	Total		Optique		Photo	
	Chiffre d'affaires	Résultat	Chiffre d'affaires	Résultat	Chiffre d'affaires	Résultat
2007	465'377.85	4'438.63	296'429.70	- 862.42	168'948.15	5'301.04
2008	500'039.45	- 1'785.18	356'631.85	23'411.77	143'407.60	- 25'196.95
2009	425'807.85	- 23'949.04	268'638.50	4'427.86	157'124.35	- 28'376.90
2010	422'709.95	- 13'172.00	261'329.70	18'844.04	161'380.25	- 32'016.04
2011	469'049.25	- 6'001.92	323'437.45	35'819.79	145'611.80	- 41'821.71
2012	489'354.25	- 8'122.80	346'109.20	42'025.54	143'245.05	- 50'361.54
2013	486'908.30	- 13'210.16	350'464.30	40'979.26	136'444.00	- 54'004.32
2014	447'019.10	- 51'697.30	317'413.95	38'628.68	129'605.15	- 90'325.97
2015	397'917.40	- 40'190.03	248'946.30	29'244.20	148'971.10	- 69'434.24
2016	348'433.20	- 58'543.44	215'505.95	2'935.18	132'927.25	- 61'478.61

Il ressort également du dossier constitué par l'intimé que le recourant a déclaré aux assurances sociales un salaire de CHF 72'000.- jusqu'en 2018 inclus (cf. déclarations des salaires versés par l'employeur à son personnel de 2016 à 2019, pièce 133 OAI), étant toutefois précisé que le montant exact perçu en 2019 ne ressort pas de manière compréhensible de la déclaration des salaires versés. À noter que ces montants ne correspondent pas à ce qui a été déclaré à l'administration fiscale cantonale, celle-ci ayant retenu le montant de CHF 72'000.- jusqu'en 2016. En 2017, l'avis d'imposition du recourant fait état de CHF 54'000.- de salaire, auquel un montant de CHF 23'787.- s'est ajouté à titre de rente LPP.

La question qui se pose est dès lors celle de savoir si ces données financières modifient l'appréciation du degré d'invalidité du recourant.

12.2. C'est le lieu de relever, à titre liminaire, que le recourant, tout en ayant la qualité formelle d'employé, était gérant, à parts égales avec son épouse, de son magasin d'optique et de photographie, lequel était organisé sous la forme d'une société à responsabilité limitée. De plus, il était le seul à avoir une formation d'opticien. Enfin, il s'occupait de la direction soit, plus particulièrement, de la gestion, de l'organisation, de l'acquisition, du personnel, des offres, des commandes, de la facturation, de la comptabilité (sans bouclement) et des relations publiques de la société. De ce fait, il jouait un rôle prépondérant sur la politique et la marche de l'entreprise.

Pour ces raisons, même s'il est formellement employé de la Sàrl, le recourant doit être considéré comme un indépendant pour l'évaluation de l'invalidité, comme l'a fait, à juste titre, l'OAI dans son rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_453/2014 du 17 février 2016 consid. 4.1 et 4.2, voir également VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n° 47 ad Art. 28a). Au demeurant, le recourant admet ce qui précède (cf. recours du 12 juillet 2021, p. 5).

12.3.1. Suite au dépôt de la première demande de prestations, l'OAI a procédé non seulement à une instruction médicale, mais également à une enquête pour activité professionnelle indépendante.

Dans son rapport d'enquête daté du 16 mai 2006, l'intimé a tout d'abord examiné la situation de l'entreprise. Il a notamment expliqué que l'entreprise était active dans les domaines de l'optique et de la photographie et qu'elle était séparée physiquement en deux magasins. S'agissant de la situation sur le marché, l'OAI a constaté que la concurrence parmi les opticiens établis à Genève était assez importante. Toutefois, le recourant était le seul opticien dans son quartier, de sorte qu'il ne s'estimait pas vraiment touché. Selon lui, le problème se situait dans la catégorie d'âge de ses clients, qui étaient plutôt âgés et qui ne se renouvelaient pas.

Du fait de sa formation, le recourant était le seul à pouvoir s'occuper des verres de contact et des examens de vue. Toutefois, depuis son atteinte à la santé, son épouse avait suivi une formation pour devenir opticienne diplômée. Cela étant, malgré tout, elle n'allait pas avoir les qualifications de son époux, lequel avait effectué de nombreuses années d'études supplémentaires.

L'OAI a ensuite procédé à une comparaison des champs d'activités pour le métier d'opticien indépendant, conduisant à une incapacité de travail pondérée de 40% :

Champ d'activité sans atteinte	Pondération sans handicap	Taux d'incapacité	Incapacité de travail pondérée	
50h/sem.				
Direction (gestion, organisation, acquisition, personnel, offres, commandes, facturation, comptabilité sans bouclement, relations publiques)	50%	30%	15%	Les relations publiques constituent l'essentiel de l'activité de direction. Du fait de ses problèmes de dysidrose palmaire, le recourant apparaissait parfois comme « repoussant » vis-à-vis principalement de nouveaux clients, de sorte qu'il paraissait raisonnable de retenir 30% d'incapacité de travail dans l'activité de direction. Sa femme le remplaçait aussi souvent que possible quand il s'agissait d'accueillir de nouveaux clients et de les conseiller ou renseigner.
Atelier & examen	50%	50%	25%	La manipulation de petits objets (lentilles de contact, verres de lunettes, etc.) était devenue particulièrement problématique pour le recourant. En effet, entre les douleurs qu'il endurait et qui rendaient nettement plus difficile le travail de précision, le recourant saignait régulièrement du bout des doigts, du moment qu'il appliquait une certaine pression digitale.
Total	100%		40%	

L'OAI a également procédé à une comparaison des revenus laquelle a mené à une invalidité de 45% :

Revenu hypothétique sans invalidité, correspondant à la moyenne des revenus réalisés en 1996 et 1997	CHF 110.420.00
Diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap, correspondant aux charges supplémentaires en personnel, soit au salaire versé à l'épouse du recourant, salaire calculé conformément aux statistiques ressortant de l'enquête réalisée par l'Association suisse de l'Optique (ASO).	- CHF 49'681.00
Revenu d'invalide du recourant	CHF 6'739.00
Taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle	45%

Enfin, dans son rapport, l'OAI a considéré que, compte tenu des efforts fourni pour pallier les difficultés liées aux problèmes de santé, des qualifications très spécialisées du recourant, du revenu encore réalisable dans l'activité habituelle et du fait que l'entreprise en question existait depuis 20 ans, aucun changement de profession était exigible, ce d'autant plus qu'il serait difficile d'obtenir un revenu plus important que celui encore réalisable dans l'activité habituelle.

Au vu du degré d'invalidité de 45%, l'intimé a mis le recourant au bénéfice d'un quart de rente par décision du 6 octobre 2006 et ce à compter du 1er janvier 2001.

12.3.2. À ce stade, la Chambre de céans constate que la détermination du degré d'invalidité au moyen de la comparaison des revenus, telle que l'a faite l'OAI dans son rapport du 16 mai 2006, n'est pas conforme aux principes jurisprudentiels en la matière. En effet, soit le dossier permet de déterminer avec exactitude les revenus sans et avec invalidité réalisés par l'assuré, et c'est la méthode générale de comparaison des revenus qui s'applique, soit cela n'est pas possible et dans ce cas, il convient d'appliquer la méthode extraordinaire de comparaison des revenus, laquelle s'inspire de la méthode spécifique pour personnes sans activité.

Or, force est de constater que le revenu avec invalidité retenu par l'OAI ne correspond pas à celui encore réalisé par le recourant, mais à une perte de gain calculée en prenant en considération le salaire qui aurait dû théoriquement être versé à l'épouse du recourant.

En réalité, l'OAI aurait dû calculer le degré d'invalidité au moyen de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus. C'est d'ailleurs ce qu'il a fait dans son rapport du 24 mars 2021, dès lors qu'il a examiné l'existence d'un motif de révision par rapport à la comparaison des champs d'activités effectuée en 2006 et non par rapport à la comparaison des revenus.

12.3.3. Cela étant précisé, force est toutefois de constater que l'OAI n'a appliqué qu'en partie la méthode extraordinaire de comparaison des revenus, se limitant à comparer les champs d'activités, sans toutefois avoir apprécié, dans un deuxième temps, les effets de ces empêchements sur la capacité de gain. Ce faisant, l'office intimé a en réalité violé le principe selon lequel l'invalidité pour une personne active, in *casu* pour un indépendant, doit être déterminée par l'incapacité de gain (cf. consid. 10.2.3 *supra*).

Si l'intimé avait effectivement appliqué la méthode extraordinaire de comparaison des revenus, il aurait constaté que le recourant présentait un degré d'invalidité inférieur à 40% comme cela ressort du tableau suivant :

Domaines d'activité	Part du domaine d'activité sans handicap	Part du domaine d'activité avec handicap	Revenu en francs pour un 100%	Possibilités de gain sans handicap pour un 50%	Possibilités de gain avec handicap
Direction	50%	35%	CHF 9'425.-[1]	CHF 4'890.- [2]	CHF 3'423.-[3]
Atelier	50%	25%	CHF 7'205.-[4]	CHF 3'765.-[5]	CHF 1'882.-[6]
Total	100%			CHF 8'316.-	CHF 5'305.-
Degré d'invalidité		CHF 8'316.- - CHF 5'305.- /CHF 8'316.- = 36%			

[1] ESS Table TA1_tirage_skill_level, ligne 69-75 (activités spécialisées, scientifiques et techniques telles qu'activité juridique, comptables, de gestion, et autres activités), niveau de compétence 4.

[2] 50% de CHF 9'425.- = CHF 4'713.- ; CHF 4'713.- x 41,5 /40 = 4'890.- étant précisé que la durée de travail hebdomadaire moyenne est de 41.5 dans le domaine en question.

[3] 35% de CHF 9'425.- = CHF 3'299.- ; CHF 3'299.- x 41,5 /40 = 3'423.- étant précisé que la durée de travail hebdomadaire moyenne est de 41.5 dans le domaine en question.

[4] NOGA p. 153 et ESS Table TA1_tirage_skill_level, ligne 47 (commerce de détail), niveau de compétence 4.

[5] 50% de CHF 7'205.- = CHF 3'603.- ; CHF 3'603.- x 41,8 /40 = 3'765.- étant précisé que la durée de travail hebdomadaire moyenne est de 41.8 dans le domaine en question.

[6] 25% de CHF 7'205.- = CHF 1'801.- ; CHF 1'801.- x 41,8 /40 = 1'882.- étant précisé que la durée de travail hebdomadaire moyenne est de 41.8 dans le domaine en question.

La diminution fonctionnelle générale de rendement de 40% n'a ainsi pas entraîné une perte de gain de la même importance, étant donné que la rémunération et la durée de travail hebdomadaire afférentes aux domaines d'activités retenus ne sont pas identiques (CHF 9'425.- pour les activités de direction et CHF 7'205.- pour celles d'optique à proprement parler, respectivement 41,5 h pour les activités de direction et 41,8 h pour celles d'optique).

Cela étant, la Chambre de céans renoncera à une *reformatio in peius* comme elle en a la faculté, dès lors qu'une éventuelle demande de restitution de l'OAI serait quoi qu'il en soit prescrite. En effet, lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, comme c'est le cas ici, on ne saurait considérer comme point de départ du délai le moment où la faute a été commise, mais bien celui auquel l'administration aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 80/05 du 3 février 2006). Or, dans le cas présent, l'OAI aurait pu se rendre compte de son erreur lors de l'application de la méthode à maintes reprises depuis 2006 et en particulier pendant la procédure de révision initiée en 2009. Ainsi, conformément à l'art. 25 LPGA, quelle que soit la durée du délai de

prescription (un an ou trois ans) la restitution aurait dû être demandée il y a fort longtemps, de sorte que le délai, quel qu'il soit, est désormais échu.

12.4.1. Dans le cadre de la procédure de révision, l'OAI a procédé à un nouvel examen de la situation dans un rapport du 24 mars 2020. Après avoir résumé le mandat d'expertise comptable fourni par l'assureur-accidents, les conclusions du SMR du 7 avril 2020 et le rapport d'enquête économique du 10 mai 2006, l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas de motif médical permettant de modifier la capacité de travail retenue dans l'activité habituelle jusqu'à fin 2016. Dès cette date, le SMR admettait des limitations fonctionnelles supplémentaires, lesquelles étaient respectées dans l'activité habituelle.

Ainsi, l'OAI est arrivé à la conclusion qu'aucun élément ne lui permettait de modifier sa décision initiale.

12.4.2. C'est le lieu de rappeler que dans le cas d'une personne indépendante, active à 100%, le degré d'invalidité se détermine conformément à la méthode générale de comparaisons des revenus, voire conformément à sa sous-variante la méthode extraordinaire de comparaison des revenus, la méthode de comparaison en pour-cent n'étant pas applicable dans un tel cas (cf. supra consid. 11.1 et 11.2).

Contrairement à ce que souhaite le recourant, on ne peut procéder à la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans l'entreprise avant et après la survenance de l'invalidité sans autre examen. Cette manière de procéder ne permet de tirer des conclusions que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité.

Or, dans le cas d'espèce, la détérioration des résultats de l'entreprise a commencé en 2014 et provient essentiellement, pour 2014 et 2015, de la partie « Photo », comme cela ressort du rapport d'expertise comptable du 24 mai 2017, domaine dans lequel le recourant n'intervenait pas. Une rapide recherche internet montre qu'avec l'apparition de la photographie numérique, de nombreux magasins de photographie ont disparu. Rien ne permet donc de relier la diminution du chiffre d'affaires de la partie « Photo », en 2014 et 2015, à l'état de santé du recourant.

Le résultat de la partie « Optique » s'est nettement dégradé en 2016, année du premier accident du recourant, passant de CHF 29'244.20 en 2015 à CHF 2'935.18 en 2016. À nouveau, une rapide recherche montre que la situation des opticiens et plus particulièrement des opticiens indépendants est devenue plus difficile depuis 2015, avec notamment l'abandon du taux plancher CHF – EUR et la rude concurrence pour les indépendants, les grandes chaînes d'optique progressant (https://www.bilan.ch/entreprises/les_grandes_chaines_d_optique_progressent_-1, par exemple). Or, dans le cas du recourant, force est de constater que les résultats ont commencé à diminuer dès 2013, soit bien avant l'aggravation de l'état de santé sur le plan orthopédique en 2016. Certes, une baisse du chiffre d'affaires encore plus importante a eu lieu en 2016, année au cours de laquelle le recourant a subi

l'accident ayant entraîné une incapacité de travail, fluctuante, durant un an. Il n'est malgré tout pas possible de connaître l'importance de la diminution du résultat de l'entreprise due exclusivement à l'atteinte à la santé du recourant. De toute évidence, les résultats d'exploitation de l'entreprise du recourant dépendent de nombreux paramètres, tels que dans le cas présent la situation conjoncturelle et la concurrence. Or, les documents comptables au dossier ne permettent pas de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail du recourant, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a appliqué la méthode extraordinaire de comparaison des revenus et qu'il a examiné s'il y avait lieu de procéder à une appréciation différente des empêchements.

Or, force est de constater que sur le plan dermatologique, la situation est similaire à celle ayant conduit à l'octroi d'une rente en 2006. Il n'y a donc pas lieu de procéder à une appréciation différente des empêchements.

12.5. Cependant, sur le plan orthopédique, le recourant a présenté une atteinte ayant conduit à une incapacité de travail entre juillet 2016 et juillet 2017. Par la suite, le Dr G_____, dont les conclusions ont pleine valeur probante selon la Chambre de céans (cf. ATAS/403/2021 du 3 mai 2021), a considéré que du point de vue orthopédique, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle d'opticien.

Dans la mesure où il ne s'agit pas d'une nouvelle demande, mais en réalité d'une demande de révision de la rente en cours, la date à laquelle cette aggravation est susceptible d'entraîner une augmentation – temporaire – du degré d'invalidité et, partant, de la rente, s'examine conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (cf. n° 4007 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et n° 5500 de la circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI), en vigueur depuis le 1er janvier 2022 ; voir également l'arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6316/2015 du 6 juin 2018 consid. 5, 14 et 15.6).

Or, force est de constater que l'OAI n'a, à aucun moment, procédé à un nouvel examen des empêchements eu égard aux conclusions du Dr G_____, et partant du degré d'invalidité.

Par conséquent, la décision querellée doit être annulée en tant qu'elle ne se prononce pas sur les conséquences de l'atteinte somatique sur le droit à la rente du recourant, limitée dans le temps (01.07.2016 à 30.06.2017).

13. En résumé, en 2021, le recourant souffrait toujours d'une atteinte dermatologique aux mains, l'empêchant d'effectuer certaines manipulations et activités, sans signe cependant d'une aggravation depuis 2006. S'y ajoute une atteinte aux membres inférieurs, laquelle a entraîné une incapacité de travail, fluctuante, entre le 1er juillet 2016 et le 30 juin 2017, dont les répercussions sur le degré d'invalidité n'ont pas été examinées par l'office intimé.

Partant, la décision querellée sera annulée. S'agissant essentiellement là d'aspects n'ayant pas été investigués plus avant par l'office intimé, la cause lui sera renvoyée pour instruction complémentaire afin de respecter le principe du double degré de juridiction.

Pour le surplus, le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émolument et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 9 juin 2021 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 1'000.- pour ses dépens, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les cosnclusions, 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
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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