

EN FAIT

1. En mai 2016, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en ____1962, originaire du Portugal, arrivé en Suisse en 2004, sans formation, exerçant à titre principal et à plein temps la profession de peintre en bâtiment et, à titre accessoire, à raison de 35 h./sem., une activité de conciergerie, a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant des métatarsalgies.
2. Par décision du 15 août 2017, l'OAI l'a rejetée au motif que le degré d'invalidité était inférieur à 20%.

Si l'assuré était effectivement totalement incapable d'exercer ses activités habituelles de peintre en bâtiment et concierge depuis novembre 2015, en revanche, selon le SMR, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles et ce, depuis septembre 2016.

La comparaison entre le revenu avant invalidité, soit CHF 79'410.-, et le revenu que l'assuré aurait pu obtenir en 2015 malgré l'atteinte à sa santé, soit CHF 66'633.- (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2014, T1 tirage_skill_level, activité de niveau 1, réactualisé pour 2015), conduisait à une perte de gain de CHF 12'777.- correspondant à un degré d'invalidité de 16,09%.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment :

- un extrait du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assuré dont il ressort qu'en 2014, il avait réalisé un revenu de CHF 56'946.- (13'509.- + 37'451.- + 3'500.- + 2'486.-) en tant que peintre en bâtiment ; au surplus, un revenu annuel de CHF 14'300.- avait été obtenu auprès de la régie B_____ de 2011 à 2015 ;
- un rapport rédigé le 20 janvier 2016 par le docteur C_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG), concluant à des métatarsalgies de transfert avec hyper appui avant du pied des deux côtés, indiquant qu'après une opération du pied gauche le 3 novembre 2015, la symptomatologie s'améliorait progressivement et que l'éventualité d'une opération du pied droit dépendrait de l'évolution du pied gauche ;
- un rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, du 9 juin 2016, dont il ressort que l'assuré était connu pour de nombreuses crises de goutte et pour un problème de métatarsalgies bilatérales ayant justifié une cure chirurgicale ; les douleurs affectaient principalement les genoux, avec une sensation de faiblesse globale des membres inférieurs survenant à la marche dès les premiers pas ou en position debout statique ; le bilan artériel

des membres inférieurs était normal et permettait d'écartier une artériopathie, en faveur de l'hypothèse d'un canal lombaire étroit ;

- un rapport établi en août 2016 par la doctoresse E_____, médecin généraliste et médecin-traitant, concluant à une totale incapacité de travail dans toute activité depuis le 13 mars 2014 en raison de métatarsalgies de transfert des deux côtés et de gonalgies, précisant qu'après une intervention et de la rééducation, il y avait eu péjoration des gonalgies, surtout à droite, avec limitation à la marche assez invalidante ; la limitation physique était importante au niveau des extrémités inférieures (limitation à la marche et à l'appui), de sorte qu'une activité adaptée assise était préconisée ;
- un rapport après imagerie par résonance magnétique (IRM) et radiographie du genou droit le 4 août 2016, concluant à un important œdème osseux, à un important épanchement intra-articulaire, à un clivage horizontal de la corne antérieure du ménisque externe avec un kyste et à un clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne ;
- un rapport du docteur F_____, rhumatologue, du 27 septembre 2016, réalisé à l'intention de l'assureur perte de gain, concluant à une maladie de Dupuytren indolore, précisant que l'assuré avait été opéré de la main droite en 2008 avec un succès certain puisqu'il n'existait plus d'anomalie à ce niveau ; du côté gauche, en revanche, il ne pouvait poser la main à plat en raison d'une extension incomplète, mais la flexion restait possible, de sorte qu'il n'y avait pas d'impact de la maladie sur l'activité de l'assuré, notamment concernant le port de charges, la prise de pinceaux, de pistolets à peinture ou le port de pots, d'autant que l'assuré était droitier ; s'agissant des genoux, aucune anomalie n'évoquait un début d'arthrose ; aucun signe clinique ou radiologique ne venait confirmer l'hypothèse d'un canal lombaire étroit ; s'agissant des pieds, l'assuré avait été opéré à gauche avec un résultat significatif puisqu'il n'existait désormais quasiment plus de douleurs ; par contre, du côté droit, on retrouvait une hyperkératose, mais surtout un œil de perdrix extrêmement sensible et profond, avec un appui hyperalgique justifiant un traitement, voire une intervention chirurgicale ; seule des limitations concernant le pied droit étaient retenues (marche, station debout, position accroupie, montée d'échelle, appui sur un échafaudage) ; selon le médecin, il n'y avait en revanche aucune limitation du fait de la goutte, de la maladie de Dupuytren, du rachis lombaire ou des genoux, raison pour laquelle il concluait à une pleine capacité de travail dans un emploi adapté, c'est-à-dire s'exerçant en position assise ;
- l'avis émis par le Service médical régional (SMR) le 6 avril 2017, retenant une totale incapacité de travail depuis novembre 2015 en raison des métatarsalgies bilatérales sur déformation des pieds ; il notait que l'assuré avait été opéré du pied gauche le 3 novembre 2015, ce qui avait permis une diminution des douleurs, que celles-ci persistaient en revanche à droite, qu'une seconde intervention avait été pratiquée le 2 février 2017 ; le SMR a considéré que

l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle six semaines après la seconde intervention, soit le 16 mars 2017 ; l'existence de crises de goutte, sans lésion articulaire, traitées, ne justifiait pas d'incapacité de travail durable ; il en allait de même de la maladie de Dupuytren opérée avec succès du côté droit en 2008, car la rétractation palmaire de la main gauche était minime et n'entraînait pas de limitation fonctionnelle dans l'activité habituelle ; quant aux dégénérescences discales, elles étaient minimes, d'allure banale compte tenu de l'âge de l'assuré et ne justifiaient pas non plus d'incapacité de travail ;

- un rapport rédigé le 18 mai 2017 par le Dr C_____, trois mois après la chirurgie, faisant état d'une situation lentement favorable avec une nette diminution des douleurs, mais apparition d'un hyper appui ; la situation n'était pas encore stabilisée ; de la physiothérapie avait été prescrite pour améliorer la mobilité des articulations du pied droit ; une reprise à temps partiel était envisagée deux mois plus tard ;
- un rapport d'expertise du 29 mai 2017 du docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, à l'intention de l'assureur perte de gain, concluant à des métatarsalgies de transfert bilatérales et à des gonalgies droites dans le cadre de troubles dégénératifs touchant le ménisque interne et le ménisque externe et une chondropathie fémoro-patellaire ; était également mentionné le diagnostic de goutte, en précisant qu'il était sans incidence sur la capacité de travail ; l'assuré était alors au décours de sa seconde intervention orthopédique à droite ; de l'avis de l'expert, la reprise de l'exercice de l'activité habituelle n'était pas envisageable, ni à court ni à long terme, compte tenu des différentes pathologies douloureuses au niveau des avant-pieds et du genou droit ; en revanche, l'assuré pouvait déjà exercer une activité professionnelle assise à plein temps et sans limite de rendement, dans l'horlogerie, par exemple ;
- un rapport de la Dresse E_____ préconisant un travail léger, sans port de charges, n'impliquant ni les membres inférieurs, ni des efforts importants avec les mains ; étaient ainsi écartées toutes les activités exigeant des efforts physiques importants, s'exerçant debout ou en marchant.

3. En février 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

Ont alors été versés à son dossier, notamment :

- une demande datée du 13 février 2019 invoquant des métatarsalgies et une incapacité totale de travail depuis le 1er septembre 2018 ;
- un rapport du docteur H_____, du centre de chirurgie et thérapie de la main, du 13 mars 2019, expliquant avoir opéré l'intéressé d'une maladie de Dupuytren à la main droite en 2013, avec une évolution favorable et l'absence d'incapacité fonctionnelle, avoir effectué une seconde opération de la main droite en 2018, d'évolution favorable également ; il était également intervenu sur la main gauche en juin 2018, mais l'évolution après cette troisième intervention avait été difficile, la greffe de peau ayant eu des difficultés à prendre chez un patient fumeur ; qui

plus est, l'assuré s'était blessé au niveau de l'index gauche et une nouvelle intervention avait dû être pratiquée en janvier 2019 ; finalement l'évolution avait été favorable du côté gauche également, de sorte que, lors du contrôle effectué en février 2019, le médecin avait pu constater que la fonction de la main gauche était pratiquement complète et le revêtement cutané tout à fait satisfaisant, étant rappelé que la main droite opérée en 2018 n'avait posé aucun problème et était parfaitement fonctionnelle ; dans une activité manuelle légère à moyennement lourde, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle et la capacité de travail était de 100% depuis le 11 février 2019 ;

- un avis du SMR du 21 mars 2019, concluant à l'absence de limitations fonctionnelles dans une activité manuelle légère à moyennement lourde depuis le 11 février 2019 et recommandant de ne reconnaître une totale incapacité de travail dans toute activité que pour la période limitée du 11 juin 2018 au 11 février 2019 ;

4. Le 2 avril 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations.

5. Le 27 avril 2019, l'assuré a contesté ce projet en alléguant en substance que l'incapacité de travail avait persisté au-delà du 11 février 2019 ainsi qu'en attestaient les arrêts de travail délivrés par son médecin-traitant.

A l'appui de sa position, l'assuré a produit, notamment :

- des certificats de la Dresse E_____ attestant d'une totale incapacité de travail du 1er janvier au 30 avril 2019 ;
- un certificat de la Dresse E_____ du 28 février 2019 alléguant que l'état de santé de son patient s'était péjoré, que sa profession de peintre en bâtiment devenait impossible, qu'il souffrait désormais d'une polyarthrose touchant les mains, la colonne vertébrale et les membres inférieurs, de gonalgies bilatérales, de crises de goutte à répétition et d'une maladie de Dupuytren ; selon le médecin, toutes ces maladies devaient conduire à admettre que son patient était totalement inapte à un quelconque travail (difficultés à se mobiliser, difficulté à la marche, difficulté à utiliser ses mains, même dans les activités de la vie quotidienne) ;
- une décision de l'office cantonal de l'emploi (OCE) déclarant l'assuré inapte au placement depuis le 27 février 2019 en raison d'une incapacité durable à exercer une activité ;
- de nouveaux certificats d'arrêts de travail de la Dresse E_____ au-delà d'avril 2019.

6. Par décision du 19 juin 2019, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

L'OAI a admis une incapacité totale de travail dans toute activité du 11 juin 2018 au 11 février 2019. Cette incapacité ayant duré moins d'une année, elle n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité. En effet, dès le 12 février 2019, l'assuré avait

recouvré une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

A compter de ce moment, le degré d'invalidité de 16% retenu lors d'une précédente décision (celle du 15 août 2017) était à nouveau effectif.

Le degré d'invalidité étant inférieur à 20%, les conditions permettant d'ouvrir le droit à un reclassement professionnel n'étaient pas non plus remplies.

7. Par écriture du 12 juillet 2019, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, préalablement, à l'apport de son dossier auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), à l'audition de témoins et à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et, plus subsidiairement encore, à l'octroi de mesures de réadaptation.

S'agissant de la décision rendue le 15 août 2017 par l'OAI, le recourant allègue avoir chargé le syndicat UNIA d'interjeter recours, ce qui aurait été fait, sans que personne ne retrouve trace d'un quelconque recours.

En substance, le recourant reproche à l'intimé d'avoir repris le taux d'invalidité de 16,09% fixé dans sa décision précédente alors même que son état de santé s'est péjoré. Il en veut pour démonstration le fait que la Dresse E_____ a relevé dans ses certificats, notamment celui du 28 février 2019, diverses pathologies chroniques et d'évolution négative (polyarthrose, gonalgies bilatérales, crises de goutte à répétition et maladie de Dupuytren des mains).

Il allègue avoir été opéré en raison de sa maladie de Dupuytren à deux reprises, en urgence, au Portugal, en septembre 2018, puis, par le Dr H_____, le 8 janvier 2019.

Il rappelle que, selon la Dresse E_____, il est inapte à la moindre activité puisqu'il rencontre des difficultés à la marche et à l'utilisation des deux mains, même dans les activités de la vie quotidienne.

En outre, le recourant fait grief à l'intimé de n'avoir pas tenu compte, dans le calcul de son degré d'invalidité, de son activité accessoire de concierge.

Le recourant conteste également le revenu retenu à titre de salaire d'invalidé. Il préconise pour sa part de se baser sur le revenu réalisable dans le secteur des services (lignes 45-96), ce qui conduit à un revenu de CHF 59'652.- par an en 2014 et de CHF 59'604.- en 2016, au lieu de celui de CHF 66'633.- retenu par l'OAI.

Il reproche également à l'OAI de n'avoir appliqué aucune réduction au revenu d'invalidé, de n'avoir ainsi pas tenu compte de ses limitations fonctionnelles, du fait qu'il ne parle pas bien le français, et qu'il ne dispose d'aucune formation professionnelle et qu'il est âgé de 57 ans. Selon lui, c'est une réduction de 25% qui aurait dû être appliquée.

De la comparaison des revenus entre le salaire qu'il réalisait avant l'atteinte à la santé, soit CHF 91'809.- brut (CHF 77'509.- comme peintre et CHF 14'300.- comme nettoyeur) à celui de CHF 44'703.-, il tire la conclusion qu'il aurait dû se voir reconnaître un degré d'invalidité de 51% au moins.

Il estime qu'il faudrait qui plus est compter avec une vraisemblable baisse de rendement, ce que seul un stage pourrait confirmer.

Enfin, le recourant fait valoir que l'octroi de mesures de réadaptation n'est pas soumis à un degré minimum d'invalidité et que, dès lors, une orientation professionnelle aurait dû lui être accordée.

8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 septembre 2019, a conclu au rejet du recours.

L'OAI soutient que les pièces médicales produites ne permettent pas d'objectiver une aggravation durable et notable de l'état de santé de l'assuré et qu'il était dès lors en droit de retenir une capacité totale de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter de février 2019.

S'agissant du revenu avant invalidité, il relève que l'assuré ayant continué dans les faits à travailler comme concierge, il n'a pas subi de perte de gain dans cette activité, raison pour laquelle ce revenu ne saurait être pris en compte dans le calcul du degré d'invalidité.

9. Concernant le revenu d'invalidité, il rappelle que, lorsqu'il est basé sur les statistiques, il convient de se baser sur le salaire mensuel brut, valeur centrale, selon la branche économique, le niveau de qualification requise pour le poste de travail et le sexe. Le chiffre répertorié sous « total secteur privé » regroupe l'intégralité des postes de travail dans le domaine du secteur privé en faisant la distinction hommes/femmes. Cette valeur s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans les travaux légers. Elle a été jugée suffisamment représentative, car regroupant un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant aucune formation particulière et compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées.
10. Enfin, l'OAI considère qu'en l'occurrence il n'y avait aucun motif d'appliquer une réduction supplémentaire.
11. Dans sa réplique du 14 octobre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il répète que la Dresse E_____ a fait état de plusieurs pathologies qui n'avaient pas été retenues précédemment et qu'elle a émis l'avis qu'il était impossible à son patient d'exercer la moindre activité lucrative, ce qui doit être considéré comme une péjoration.

Pour le reste, il relève qu'entre 2011 et 2015, il a gagné, selon l'extrait de son compte individuel AVS, CHF 78'597.- en moyenne, alors qu'en 2018, il n'a réalisé qu'un revenu beaucoup plus bas.

Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 21 novembre 2019, au cours de laquelle a été entendue la Dresse E_____, spécialiste FMH médecine générale et médecin-traitant du recourant depuis janvier 2013.

Le médecin a confirmé les termes de son rapport du 28 février 2019 et y ajoutant trois nouvelles atteintes :

un état dépressif réactionnel modéré consécutif à la situation économique, sociale et médicale de l'intéressé et apparu suite à la décision de l'OAI ;

une gastrite importante suite à la prise des anti-inflammatoires, diagnostiquée en octobre 2019 ;

une dysphagie (difficulté à avaler) en cours d'investigation, apparue simultanément à la gastrite.

Le témoin, qui a indiqué avoir eu connaissance du rapport du Dr G_____ de mai 2017, a noté qu'il reconnaissait alors une capacité de travail en position assise et qu'il a donc tenu compte en premier lieu de la situation des membres inférieurs. Depuis lors, les plaintes de l'assuré au niveau des membres inférieurs ont augmenté et des interventions ont été pratiquées, mais la difficulté à la marche et les gonalgies ont persisté.

La situation au niveau de mains s'est également aggravée, raison pour laquelle l'assuré a d'ailleurs dû mettre un terme à un stage proposé par l'office cantonal de l'emploi en mars 2018 après seulement un ou deux jours : les tâches effectuées consistant en mouvements répétitifs des mains avaient occasionné une tuméfaction de celles-ci.

Le témoin a motivé ses conclusions quant à une totale incapacité de travail dans toute activité par les limitations rencontrées tant au niveau des membres inférieurs que supérieurs. Selon le médecin, son patient ne serait plus capable que de travailler avec l'index. Il faudrait qui plus est éviter tout risque de blessure, car il s'est coupé à deux reprises par accident dans ses activités quotidiennes.

La maladie de Dupuytren a évolué au point que le recourant n'a quasiment plus aucune dextérité au niveau des mains. C'est d'ailleurs sans doute l'origine de l'accident dont il a été victime en septembre 2018, date à laquelle il s'est coupé avec un couteau ce qui a entraîné l'obligation d'une intervention en janvier 2019, après les premiers soins prodigués au Portugal.

Depuis mai 2017, il y a donc eu aggravation en termes de limitations fonctionnelles, de mobilité et de douleurs et cette aggravation est irréversible. L'état de santé général de l'assuré s'est aggravé.

Le témoin s'est étonné que le Dr H_____ – dont le rapport ne lui a pas été communiqué – puisse conclure à une capacité résiduelle de travail et a maintenu sa position, justifiée non seulement par son état de santé, mais également par son âge et sa formation.

Le médecin a finalement admis que son patient pourrait faire une activité très légère, tout en faisant remarquer que c'est ce qui lui avait proposé lors du stage, qui consistait à enlever des agrafes et à manipuler des feuilles, tout simplement. Or, force est de constater que cela s'est traduit rapidement par une tuméfaction importante au point qu'il lui a été demandé de consulter.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

- limitation du périmètre de marche, aggravation au niveau du genou droit qui ne peut être opéré en raison de la difficulté d'entreprendre une réhabilitation vu l'état des mains,
- obligation d'alterner les positions car l'assuré ne peut rester assis longtemps,
- diminution de la dextérité des mains,
- tristesse,
- crises de goutte survenant une fois tous les un ou deux mois.

12. Entendu à son tour le 30 janvier 2020, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, qui a suivi l'assuré de 2013 à mars 2019, date de son rapport, a affirmé qu'il n'y a pas d'arthrose au niveau des mains, ce que confirme le rapport radiologique.

La maladie de Dupuytren touche la paume et les doigts et entraîne une rétractation cutanée et des difficultés d'extension, voire un handicap fonctionnel. C'est parfois déclenché par un traumatisme qui n'est pas forcément causal. Les études ont démontré la prédominance génétique de son origine. Il ne s'agit pas vraiment d'une maladie dégénérative, mais plutôt d'une fibromatose au sens large qui peut nécessiter une ou plusieurs interventions selon l'importance du handicap et le nombre de doigts touchés.

En l'occurrence, l'assuré a subi quatre interventions. À moins d'une évolution défavorable dans les années qui viennent, il n'y a pas d'indication à une nouvelle opération.

Les trois premières étaient en relation directe avec la maladie de Dupuytren, la quatrième avec l'accident survenu au Portugal (5^{ème} rayon main droite le 7 février 2013, 4^{ème} rayon main droit le 8 mai 2018, 4^{ème} et 5^{ème} rayons main gauche le 11 juin 2018).

Le médecin a expliqué avoir conclu à une capacité résiduelle de travail parce que la mobilité au niveau des mains n'est pas limitée : les flexions et extensions sont quasiment complètes. Il n'y a pas non plus de trouble de sensibilité, de sorte que même la motricité fine est conservée. C'est la raison pour laquelle il a estimé qu'une activité manuelle légère était admissible.

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).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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 (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision de refus de prestations du 15 août 2017, au point de lui ouvrir désormais droit à une rente d'invalidité.
6. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes

arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif.

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité 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 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, 109 V 114 consid. 2a et b).

7. 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). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3;

ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. 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 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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).

8. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 l'atteinte n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles

permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

10. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATF A non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

12. 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).
13. En l'espèce, l'intimé nie au recourant le droit à toute prestation au motif que son état ne se serait aggravé que de manière transitoire et pour une durée de moins d'une année.

Le recourant soutient pour sa part que son état se serait aggravé durablement, au point de lui ouvrir droit à une rente entière.

L'aggravation en tant que telle n'est donc pas contestée, mais uniquement le fait que le recourant aurait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 12 février 2019.

Pour arriver à cette conclusion, l'intimé s'est fondé, principalement, sur l'avis émis par le SMR en mars 2019, selon lequel le recourant n'aurait plus rencontré de limitations fonctionnelles dans une activité manuelle légère à moyennement lourde depuis le 11 février 2019. Le SMR se fonde quant à lui sur l'avis émis par le Dr H_____ le 13 mars 2019, qui conclut effectivement à une pleine capacité de travail depuis le 11 février 2019.

Le médecin explique dans son rapport que la maladie de Dupuytren a conduit à plusieurs interventions, que, du côté droit – étant rappelé que le patient est droitier –, les opérations ont eu des suites immédiatement favorables en 2013 et 2018, que cette main est donc parfaitement fonctionnelle, que du côté gauche, en revanche, cela a été plus compliqué, mais qu'en février 2019, il a pu observer une main gauche à la fonction pratiquement complète et au revêtement cutané tout à fait satisfaisant.

S'agissant de la maladie de Dupuytren, c'est donc à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les indications fournies par le médecin spécialiste, qui a d'ailleurs eu l'occasion d'expliquer sa position en détail lors de son audition par la Cour de céans et de confirmer l'absence de toute limitation de ce chef, précisant même que la motricité fine était conservée.

S'agissant des mains du recourant, c'est dès lors à juste titre que l'intimé n'a retenu qu'une aggravation passagère et limitée dans le temps au 11 février 2019.

Reste à examiner si les autres éléments d'aggravation invoqués par son médecin-traitant permettent de conclure à une aggravation durable depuis le 15 août 2017, date à laquelle a été rendue la décision initiale de refus de prestations.

A l'époque, les atteintes évoquées consistaient principalement en métatarsalgies de transfert, en crises de goutte – non invalidantes car traitées et sans lésion articulaire, de l'avis du SMR comme de l'expert - et en gonalgies, de sorte qu'une activité s'exerçant en position exclusivement assise était préconisé. L'expert G_____ avait confirmé que seule une activité professionnelle s'exerçant en position assise était exigible à plein temps et plein rendement.

Désormais, le médecin-traitant avance, à titre d'aggravation, la maladie de Dupuytren dont il a pourtant été établi qu'elle n'entraînait plus désormais aucune limitation, des atteintes vertébrales et des gonalgies, déjà connues et investiguées par l'expert G_____, des crises de gouttes, dont il a été déterminé qu'elles étaient non invalidantes. Force est de constater qu'il n'y a là aucun élément objectif nouveau par rapport à la situation qui prévalait en août 2015.

Par la suite, mais seulement lors de son audition, le 21 novembre 2019, le médecin-traitant a également évoqué un état dépressif réactionnel modéré, lequel ne saurait être pris en considération dès lors qu'il est postérieur à la décision litigieuse, tout comme la gastrite et la dysphagie également évoquées à cette occasion.

Dans la mesure où le spécialiste, en la personne du Dr H_____, a constaté une entière fonctionnalité des mains en février 2019, au point de parler d'une sensibilité et d'une motricité fine conservées, il apparaît peu vraisemblable que la situation, en juin 2019 – date de la décision litigieuse –, soit moins de quatre mois plus tard, se soit péjorée au point décrit par le médecin-traitant, qui évoquait lors de son audition une quasi incapacité de son patient à se servir de ses mains. A noter toutefois que le médecin-traitant justifiait alors également l'incapacité totale de travail par l'âge et la formation de son patient – éléments dont on rappellera que l'assurance-invalidité n'a pas à tenir compte à ce stade.

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas eu aggravation notable et durable de l'état de santé du recourant en dehors de la période limitée du 11 juin 2018 au 11 février 2019, en raison de la maladie de Dupuytren. Pour le reste, au moment de la décision litigieuse, il n'a pas été établi au degré de vraisemblance prépondérante requis que l'état de santé de l'assuré se serait aggravé autrement. Dès lors, l'intimé n'avait pas

à entrer en matière sur les différents arguments avancés par le recourant concernant le calcul de son degré d'invalidité effectué dans la décision du 15 août 2017 entrée en force.

En conséquence, le recours est rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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