

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/412/2019

ATAS/1355/2021

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2021

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourant

contre

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

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs.**

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1959 au Kosovo, est arrivé fin 1991 en Suisse, où il a travaillé en dernier lieu en qualité de carreleur à plein temps. Victime, le 9 avril 1999, d'un accident de la circulation routière, il n'a plus exercé aucune activité professionnelle depuis lors.
- b.** Le 27 novembre 2000, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
- c.** Le 27 avril 2005, alors que son dossier était en cours d'instruction, l'assuré a été victime d'un nouvel accident de la circulation.
- d.** L'OAI a demandé un examen médical pluridisciplinaire à son Service médical régional (SMR), qui, dans son rapport du 3 juin 2004, a retenu les diagnostics de céphalées chroniques, cervico-brachialgies droites, discopathie protrusive C4-C5 sans hernie discale, tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite (sus-épineux), arthrose tibio-astragalienne à la cheville gauche, chondrite stade II du condyle fémoral interne du genou droit, chondrite stade II de la face interne de la trochlée du genou gauche, syndrome rotulien à droite et lombosciatalgies irritatives L5 à droite sur discopathie dégénérative et protrusive du disque L5-S1. Ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un trouble dépressif majeur (épisode isolé, en rémission complète) et un status trois mois après transposition du nerf cubital à droite. La capacité de travail était nulle dans l'activité de carreleur, mais totale dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles.
- e.** L'assuré a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle auprès du Centre d'intégration professionnelle, qui a conclu, dans un rapport du 6 février 2005, que ses capacités physiques étaient compatibles, six heures par jour au minimum et moyennant un rendement de 70%, avec l'exercice d'une activité professionnelle légère dans les secteurs de l'industrie légère ou du conditionnement.
- B. a.** Par décision du 10 novembre 2005, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2000, fondé sur un degré d'invalidité de 46%.
- b.** L'assuré a contesté cette décision, en rappelant notamment le nouvel accident dont il avait été victime en avril 2005, à l'origine d'atteintes aux niveaux otologique et scapulaire.
- c.** Après avoir recueilli l'avis des différents médecins traitants, l'OAI a demandé une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (CEMed). Dans leur rapport du 30 janvier 2009, les docteurs B_____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et médecine du sport, C_____, neurologue et D_____, psychiatre, ont retenu les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule droite (avec

status post-acromioplastie et réparation tendineuse en janvier 2007) et de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral, chondrite du condyle fémoral interne du genou droit et tendinopathie du tenseur du fascia lata au genou droit. Étaient également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un trouble somatoforme indifférencié, un trouble dépressif récurrent (en rémission), une arthrose tibio-astragaliennne bilatérale légère à modérée prédominant à gauche, des cervico-scapulalgies diffuses après deux contusions cervicales, une discrète tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche, une hypoacousie droite post-traumatique et acouphène persistant depuis 2005, des lombalgies sur discopathie dégénérative et protrusive L5-S1, une fasciite plantaire droite débutante, une arthrose débutante des deux mains et une tendinopathie légère du tendon du muscle fléchisseur cubital du carpe au poignet gauche.

La capacité de travail était nulle dans l'activité de carreleur, mais exigible à raison de six heures par jour dans un poste adapté tenant compte des limitations fonctionnelles, moyennant une diminution de rendement de 20% en raison des pauses nécessaires pour soulager les douleurs.

d. L'instruction a été complétée par la mise en œuvre d'un nouveau stage d'observation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (ÉPI). Dans un rapport du 9 juillet 2009, les ÉPI ont indiqué que le stage avait dû être prématurément interrompu le 28 juin 2009, à la demande du médecin-conseil du centre d'évaluation, en raison de l'attitude adoptée par l'assuré et de l'inutilité de la poursuite de la mesure, sans qu'il soit possible de déterminer de manière précise les aptitudes réelles de l'intéressé.

e. Par décision sur opposition du 22 avril 2010, l'OAI, tenant compte d'une capacité de travail de 75% avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée, a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 9 (recte: 1^{er}) avril 2000, sur la base d'un taux d'invalidité de 56%.

C. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a rejeté en date du 18 octobre 2011 (ATAS/973/2011). Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral en date du 17 juillet 2012 (arrêt 9C_874/2011).

D. a. Le 22 juin 2015, l'assuré, après avoir été victime, le 9 septembre 2014, d'un nouvel accident de la voie publique, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, lequel l'a rejetée par décision du 5 décembre 2016, faute d'aggravation de l'état de santé de l'intéressé.

b. L'assuré a déféré cette décision à la Cour de céans, qui, par arrêt du 17 août 2017 (ATAS/704/2017), l'a annulée et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

c. L'OAI a alors confié un mandat d'expertise bidisciplinaire aux docteurs E_____, rhumatologue, et F_____, psychiatre :

- Dans son rapport du 26 juillet 2018, le Dr E_____, après avoir examiné l'assuré, a retenu les diagnostics de syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (avec minime discopathie C4-C5, C5-C6, C4-C5 peu significative, et status post-contusion cervicale en 1999), d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie (avec minime tendinopathie du sus-épineux non significative, status post-acromio-plastie et réparation tendineuse en janvier 2007), de gonalgies bilatérales sans signe méniscal ou tendineux (avec status post-chondrite du condyle fémoral interne et du genou droit et tendinopathie du tenseur du fascia lata du genou gauche en 2009, status post-entorse du genou gauche en 1993, status post-entorse du genou gauche en 1998, status post-arthroscopie du genou gauche et droit en 1999, et status post-contusion de l'insertion fémorale du ligament collatéral externe et interne post-traumatique en 2014), de rupture interstitielle du ligament croisé postérieur non significative et de douleurs des chevilles avec arthrose tibio-tarsienne antérieure et péronée (avec status post-fracture de la cheville en 1980).

L'expert a mentionné à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome lombovertébral chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (avec minime discopathie L5-S1), un status post-hypoacousie droite post-traumatique et un acouphène persistant depuis 2005, une hypertension artérielle stable sous traitement, un status post-fracture de côtes gauches post-chute en 2013, des douleurs du coude gauche sans signe de tendinopathie ou ligamentaire (avec suspicion d'une lésion partielle de l'insertion proximale du ligament collatéral radial en mai 2017) et un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgiforme (avec une diminution du seuil de déclenchement à la douleur).

La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de carreleur, mais de 70% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, avec une diminution de performance ne dépassant pas 20% (en se référant à l'activité professionnelle antérieure).

- Dans son rapport du 13 août 2018, le Dr F_____, après examen de l'assuré et interrogation de la doctoresse G_____, psychiatre traitante (dont il ne partageait pas l'avis), a retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0) et conclu à une capacité de travail entière dans toute activité.
- D'un point de vue bidisciplinaire, les experts ont conclu à une capacité de travail de dans une activité adaptée de 70%.

E. Par décision du 12 décembre 2018, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations, motif pris que l'état de santé de l'assuré était globalement le même que celui prévalant lors de la décision du 22 avril 2010.

F. a. Par acte du 1^{er} février 2019, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2014, après audition de ses médecins et nouvelle expertise.

Il a produit en particulier un rapport de la Dresse G_____ du 17 décembre 2018, confirmant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans

symptômes psychotiques (F33.2) et de modification durable de la personnalité sur syndrome algique chronique (F62.8).

b. Invité à se déterminer, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à un avis du SMR du 29 mars 2019 relevant que le rapport produit par l'assuré se bornait à indiquer des atteintes déjà connues, alors même que l'expert psychiatre avait expliqué précisément pourquoi il s'en écartait.

c. Dans sa réplique du 29 avril 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. À la demande de l'assuré, la Cour de céans a interrogé ses médecins, après avoir donné la possibilité aux parties de formuler leurs questions par écrit.

Ont ainsi été versés au dossier : le rapport de la psychiatre traitante du 12 août 2019, celui du 3 septembre 2019 de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en neurologie, qui se référait à une électroneuromyographie (ENMG) du membre supérieur gauche réalisée le 30 août 2019, celui du 9 septembre 2019 du Professeur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, celui du 2 octobre 2019 du docteur J_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, l'avis du 7 octobre 2019 du SMR (se déterminant sur les rapports des Dresses G_____ et H_____ des 12 août 2018 et 3 septembre 2019), le rapport du 18 octobre 2019 du Professeur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, ainsi que celui du 6 novembre 2019 du Prof. I_____.

e. Les parties ont campé sur leurs positions respectives.

f. Par ordonnance du 28 octobre 2020 (ATAS/1016/2020), la Cour de céans a confié au docteur L_____, spécialiste FMH en rhumatologie le soin de procéder à une expertise.

g. Dans son rapport du 11 août 2021 complété le 12 novembre suivant, l'expert, après examen du recourant, a posé les diagnostics de pathologie de la coiffe des rotateurs gauche avec tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche (objectivée sur l'imagerie par résonance magnétique [IRM] de décembre 2018), de discopathie lombaire L5-S1 (décrite depuis 2002), d'arthrose lombaire débutante (objectivée sur l'IRM lombo-sacrée du 16 décembre 2015), de gonarthrose femorotibiale interne débutante post-traumatique aux deux genoux (objectivée depuis 2008), d'arthrose post-traumatique de la cheville gauche (connue depuis 1999 selon l'IRM du 10 septembre 1999), de cervicarthrose (objectivée sur l'IRM cervicale du 30 mai 2005), d'arthrose primaire acromio-claviculaire bilatérale (décrite à partir de 2018-2019) et d'omarthrose droite débutante (depuis 2019).

Ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une bursite sous-acromiale gauche, une amputation de la phalange distale de l'index gauche dans l'enfance, une arthrose de la cheville droite asymptomatique (décrite sur les radiographies du 10 septembre 1999), un status post opération du tunnel carpien droit, un status post opération du tunnel carpien

gauche (en novembre 2019), un status post repositionnement du nerf ulnaire droit (en 2003), un status post repositionnement du nerf ulnaire gauche (en novembre 2019), un dupuytren débutant du 4^{ème} rayon de la main gauche (diagnostiqué lors de l'expertise du 15 janvier 2021), un status post réparation de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite (en 2007), un status post opération d'un quintus varus du pied gauche (en octobre 2020) et une arthrose débutante des orteils 1, 4 et 5 au pied gauche (objectivée sur les radiographies de mai 2020).

La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de carreleur, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, avec une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 30% en raison des pauses nécessaires pour soulager les douleurs et pour changer de position.

h. Dans leurs écritures respectives des 14 septembre, 13 octobre, 3, 29 et 30 novembre 2021, les parties ont persisté dans leurs conclusions ; le recourant a sollicité un complément d'expertise sous l'angle psychiatrique. Quant à l'intimé, il a produit de nouveaux avis émis par le SMR les 13 septembre et 26 novembre 2021.

i. Les autres faits seront repris, pour autant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont été examinés dans l'ordonnance d'expertise du 28 octobre 2020, de sorte qu'il suffit d'y renvoyer.
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. Le 1^{er} janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, le recours étant alors déjà pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA; RO 2020 5137; FF 2018 1597; erratum de la Commission de rédaction de l'Assemblée fédérale du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).
4. Le litige porte sur la question de savoir si le droit aux prestations du recourant doit être modifié suite à l'aggravation de son état de santé alléguée.
5. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} 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).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique 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 1^{er} janvier 2008).

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).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).
8. **a.** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).
- b.** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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).

c. 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.

c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c/bb. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

c/cc. 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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).

c/dd. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

c/ee. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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). Il n'existe 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. **a.** En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis la décision du 22 avril 2010 – confirmée par le Tribunal fédéral le 17 juillet 2012. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de cette décision à ceux prévalant au moment de la décision querellée du 12 décembre 2018.

b. À l'époque, le recourant, qui ne présentait aucune atteinte à la santé psychique à caractère invalidant, souffrait, sur le plan somatique, d'une capsulite rétractile de l'épaule droite et de gonalgies bilatérales sur syndrome fémoro-patellaire bilatéral, chondrite du condyle fémoral interne du genou droit et tendinopathie du tenseur du fascia lata au genou droit. Sa capacité de travail, nulle dans son activité habituelle de carreleur (de l'avis unanime de tous les médecins l'ayant examiné), était de 75% (six heures par jour) avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée, sans port de charges, ne nécessitant pas de geste répétitif ou de force avec le membre supérieur droit, permettant l'alternance des positions assise et debout, et évitant les positions accroupies ou à genoux, les déplacements sur des terrains en pente ou irréguliers, les positions penchées en avant, ainsi que les positions statiques prolongées de l'ordre de trente minute d'affilées (rapport du CEMed du 30 janvier 2009 p. 19-22). C'est ainsi que le recourant a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 56% dès avril 2000.

c. La décision attaquée, quant à elle, qui maintient l'octroi d'une demi-rente, se fonde sur les rapports d'expertise bidisciplinaire des 26 juillet 2018 et 13 août 2018, établis par les Drs E_____ (rhumatologue) et F_____ (psychiatre), dont la valeur probante a été niée par la Cour de céans en ce qui concerne le volet rhumatologique par ordonnance du 28 octobre 2020, au motif qu'il existait un doute sérieux au sujet des déductions que le Dr E_____ tirait des imageries (IRM du coude gauche du 23 mai 2017, radiographie du coude gauche du 8 juin 2018, ultrasonographie des épaules droite et gauche du 6 juillet 2018), compte tenu de l'analyse de mêmes imageries effectuée par le Prof. I_____.

Aussi la Cour de céans a-t-elle mis sur pied une expertise rhumatologique, confiée au Dr L_____, lequel a rendu son rapport le 11 août 2021 complété le 12 novembre suivant.

d. Ce rapport, qui comprend les données objectives du dossier, soit les pièces médicales, y compris radiologiques, les données subjectives du recourant, l'anamnèse, l'examen somatique, et dont les conclusions sont motivées et convaincantes, remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit reconnue pleine valeur probante.

En particulier, le Dr L_____ a expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'appréciation tant du Dr E_____ que des médecins traitants s'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée. Il a, en connaissance des restrictions physiques découlant des atteintes – modérées – aux épaules, au rachis lombaire et cervical, aux genoux, ainsi qu'à la cheville gauche (lesquelles sont seules incapacitantes), conclu que celui-ci dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, avec une baisse de rendement de 30% tout au plus en raison des pauses nécessaires pour soulager les douleurs ainsi que pour changer de positions, ce depuis le 24 octobre 2010, date à compter de laquelle la capsulite rétractile de l'épaule droite, qui avait justifié une diminution de la capacité de travail résiduelle lors de

l'expertise du CEMed, n'existe plus (rapport d'expertise du 11 août 2021 p. 66-68, 71-79; complément d'expertise du 12 novembre 2021 p. 1-4).

Plus précisément, le Dr L_____ indique que, dans une activité adaptée, le recourant, qui doit changer de positions toutes les heures, doit éviter le port de charges de plus de 5 kg, l'élévation des bras au-dessus de l'horizontale, les gestes répétitifs avec les bras, les positions penchées en avant ou en arrière, accroupies et à genoux, les rotations du tronc, la marche sur des terrains en pente ou irréguliers, la montée/descente sur les échelles, les échafaudages et les escaliers (rapport d'expertise du 11 août 2021 p. 68-69). Force est de constater qu'il s'agit de limitations comparables à celles déjà retenues à l'époque lors de l'expertise du CEMed, si ce n'est que les restrictions physiques concernent dorénavant les deux membres supérieurs, étant toutefois relevé que l'atteinte aux deux membres supérieurs n'a en soit aucune incidence sur la capacité de travail et le rendement dans une activité adaptée, à condition que les limitations fonctionnelles y liées soient respectées (complément d'expertise du 12 novembre 2021 p. 2-3).

S'agissant des douleurs au coude gauche – qui avaient nécessité la réalisation de l'expertise judiciaire –, le Dr L_____ relève que l'atteinte mise en évidence sur l'imagerie en 2018 n'était cliniquement pas significative, ajoutant que les neuropathies d'enclavement au nerf ulnaire et nerf médian gauches, opérées avec succès, n'ont aucun effet incapacitant durable (rapport d'expertise du 11 août 2021 p. 67, 74, 77).

Enfin, on relèvera que les problèmes ORL (oto-rhino-laryngologie) du recourant (rapport du Dr J_____ du 2 octobre 2019) ne sont pas incapacitants non plus (rapport d'expertise du 11 août 2021 p. 40).

Aucun avis médical au dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation probante du Dr L_____, étant souligné que le recourant ne la remet pas non plus en cause. Il sollicite une expertise psychiatrique puis une discussion consensuelle avec le Dr L_____ (écriture du 13 octobre 2021). Or, dans l'ordonnance d'expertise du 28 octobre 2020, la Cour de céans a d'ores et déjà jugé que l'expertise psychiatrique du Dr F_____ – qui avait conclu que la capacité de travail du recourant était entière dans toute activité – revêtait pleine force probante et que les rapports de la psychiatre traitante devaient être écartés (ATAS/1016/2020 consid. 11 p. 27-28). Contrairement à ce que prétend le recourant, le Dr L_____ n'a pas préconisé une nouvelle expertise psychiatrique. Il a uniquement relevé que la présence du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et ses répercussions avaient fait l'objet d'une analyse par le Dr F_____ (rapport d'expertise du 11 août 2021 p. 69, 74, 76).

e. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, avec le Dr L_____, que le recourant est apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avec une baisse de rendement de 30% au maximum depuis le 24 octobre 2010.

- 11.** Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant.
- 12. a.** 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.
- b.** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à

la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

- 13.** En l'occurrence, quand bien même le Dr L._____ n'a pas désigné les activités compatibles avec les limitations du recourant, il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Cela étant précisé, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte à octobre 2010 (consid. 10d ci-dessus), il convient de se placer en 2010 pour procéder à la comparaison des revenus.

Selon les données communiquées par l'ancien employeur, le revenu sans invalidité du recourant s'élevait à CHF 65'121.35 en 2000 (ATAS/973/2011 du 18 octobre 2011 consid. 9; arrêt du Tribunal fédéral 9C_874/2011 du 17 juillet 2012 consid. 6). Réactualisé à 2010 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS; en 2000 : 1856 et en 2010 : 2150), ce revenu est porté à CHF 75'436.90.- ($65'121.35 \times 2150 / 1856$).

Dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, il y a lieu de se fonder sur les salaires résultant de l'ESS pour déterminer le revenu avec invalidité.

Le salaire de référence est celui que peuvent réaliser les hommes dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé. D'après l'ESS 2010, ce revenu s'élève à CHF 4'901.- par mois (tableau TA1, niveau 4, total, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) ou à CHF 58'812.- par année ($4'901 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2010, lequel est de 41.6 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique), ce qui représente un salaire annuel de CHF 61'164.48.- pour un plein temps ($58'812 \times 41.6 / 40$). Compte tenu d'une baisse de rendement de 30 %, le revenu avec invalidité se monte à CHF 42'815.14 ($61'164.48 \times 30 / 100 = 18'349.34$; $61'164.48 - 18'349.34 = 42'815.14$).

Même en opérant une déduction maximale de 25% admise par la jurisprudence à titre d'abattement, le revenu d'invalidé, qui s'élèverait alors à CHF 32'111.35 ($42'815.14 - 10'703.785$ [$42'815.14 \times 25 / 100 = 10'703.785$]), comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 75'436.90.-, aboutirait à un degré d'invalidité de 57.43% ($[75'436.90 - 32'111.35] / 75'436.90 \times 100$), arrondi à 57% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux donnant droit à une demi-rente.

Partant, en tant qu'elle octroie une demi-rente d'invalidité, la décision querellée ne peut qu'être confirmée.

14. En conséquence, le recours sera rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al.1^{bis} LAI).

Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État.

**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 SÉCHAUD

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