

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1038/2016

ATAS/257/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mars 2017

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître GIROD Philippe

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

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1964, titulaire d'un brevet technique supérieur (BTS) d'électricien obtenu en Algérie, est arrivé en Suisse en 1990. Depuis lors, il a travaillé en qualité d'électricien pour divers employeurs, de manière directe (Services industriels de Genève entre 1995 et 1999), ou via des entreprises de travail temporaire, la dernière fois du 9 juillet au 17 août 2001 (placement par ACE Services SA auprès de B_____ SA).
2. Suite à une contusion marquée du poignet et de la main droite, l'assuré a été mis en arrêt de travail par le docteur C_____ du 17 août au 25 septembre 2001.
3. Le 7 octobre 2001, alors qu'il avait repris le travail et s'occupait du déménagement de meubles personnels, l'assuré a été victime d'une déchirure du tendon du biceps droit. Les suites (suture du tendon et séjour à la clinique romande de réadaptation [CRR] du 12 novembre au 20 décembre 2002) ont été prises en charge par son assureur-accidents – la SUVA.
4. Le 1^{er} novembre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant une totale incapacité de travail depuis le 7 octobre 2001, motivée par des douleurs du membre supérieur et du coude droits.
5. Par décision du 18 mars 2005, l'OAI lui a accordé une rente entière limitée à la période du 15 août 2002 au 30 novembre 2003.

L'OAI a admis une totale incapacité de travail du 15 août 2001 (début du délai d'attente d'un an) à novembre 2003, date au-delà de laquelle il a considéré que si l'assuré ne pouvait certes plus exercer en qualité de monteur-électricien, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée. La perte de gain en résultant n'était que de 15.9%, taux insuffisant pour permettre le maintien du droit à une rente.

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

- Dans un rapport du 28 février 2002, le docteur D_____, chef de clinique adjoint auprès du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), relatait que, même si l'évolution était favorable, l'assuré se plaignait encore de douleurs localisées au niveau de la cicatrice présente sur son avant-bras. Selon le Dr D_____, il n'était pas imaginable que l'assuré reprenne son activité habituelle de monteur-électricien, qualifiée de « travail lourd » ; en revanche, l'exercice d'une activité n'impliquant pas l'utilisation du membre supérieur droit était envisageable.

- Dans un rapport du 8 novembre 2002, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et médecin répondant de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, concluait à « des séquelles algiques et fonctionnelles, status après réinsertion du tendon distal du grand-chef du biceps droit » et attesté d'un déficit objectif d'extension et d'une limitation de la prono-supination du membre supérieur droit. L'assuré se plaignait de fortes douleurs empêchant l'utilisation de ce membre.
- Dans un rapport du 10 avril 2003, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA estimait, après examen de l'assuré, qu'il était peu probable, quel que soit le traitement administré, qu'il puisse à nouveau exercer la profession d'électricien.
- Le 5 août 2003, le Dr E_____ a lui aussi conclu à la totale incapacité de l'assuré à reprendre son ancienne activité de monteur-électricien. En revanche, l'intéressé était en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps.

Le 24 novembre 2003, après un nouvel examen de l'assuré, le Dr F_____ indiquait que la lésion du tendon distal du biceps avait certes été traitée chirurgicalement, mais qu'une complication post-opératoire tardive était survenue (lâchage d'une partie de la réinsertion). Même si des troubles fonctionnels liés à cette lésion et à son traitement persistaient, la situation pouvait être considérée comme stabilisée. Aucun traitement n'était plus en cours. Énumérant les « activités impossibles », le Dr F_____ a mentionné celles impliquant : des mouvements répétitifs en flexion/extension du coude droit, des mouvements répétitifs de force du membre supérieur droit et des mouvements demandant une pronation active de ce membre. Compte tenu de ces limitations, la profession d'électricien de chantier ne pouvait plus être exercée. En revanche, l'exercice à plein temps d'un travail adapté n'impliquant pas les mouvements décrits était exigible.

- Un rapport a été établi le 24 mai 2004 par les docteurs G_____, et H_____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin interne à la clinique de Belle-Idée, où avait séjourné l'assuré du 17 au 19 mai 2004. Il était relaté que, le 17 mai 2004, l'assuré s'était disputé avec sa compagne. Sous le coup de la colère, il s'était blessé à l'avant-bras en donnant un coup de poing sur une porte vitrée, geste qui avait entraîné une section partielle du muscle brachio-rachidéal, une section des veines, puis une hémorragie. En revanche, le tendon du biceps et l'artère avaient été épargnés. D'abord conduit à la division des urgences médico-chirurgicales des HUG (DUMC), l'assuré avait été transféré à la clinique de Belle-Idée le jour même en raison de menaces hétéro-agressives et de son incapacité à passer « un contrat de non-passage à l'acte ». Relevant notamment que l'assuré était colérique et proférait des menaces de mort envers sa compagne au début de son hospitalisation, les Dr G_____ et H_____ concluaient à des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) et à un probable trouble de la personnalité, sans précision (F60.9).
- Dans un rapport du 16 septembre 2004, le Dr E_____ faisait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré et d'un changement dans les diagnostics : depuis le 17 mai

2004, celui-ci souffrait d'une nouvelle blessure au niveau du coude droit, à l'endroit de la cicatrice opératoire ; s'y ajoutaient une décompensation psychique et, depuis le 9 août 2004, une lombo-sciatique invalidante.

6. Le 7 septembre 2005, l'assuré a contesté la décision du 18 mars 2005 et le fait d'être pleinement capable d'exercer une activité légère adaptée depuis novembre 2003. Selon lui, son incapacité de travail demeurait totale : il souffrait toujours des douleurs intolérables au bras, même sans l'utiliser ; le simple fait de taper sur un clavier d'ordinateur lui était pénible ; par ailleurs, son état de santé était également marqué par « une grave dépression nerveuse compliquée par des maux de tête et des vertiges qui [le diminuaient] d'autant plus ».
7. Par courrier du 22 septembre 2005 à l'assuré, l'OAI a expliqué à l'assuré que sa contestation de la décision du 18 mai (recte : 18 mars) 2005 étant intervenue tardivement, elle serait considérée comme une nouvelle demande.
8. Dans un rapport du 12 octobre 2005, le Dr E_____ a confirmé l'aggravation de l'état de santé de son patient. Cette aggravation consistait en l'adjonction d'une plaie délabrante du coude le 17 mai 2004, d'une épicondylite en août 2005 et de lombalgies épisodiques ; qui plus est, l'évolution était marquée par des paresthésies de l'avant-bras, des douleurs péri-cicatricielles et un dérouillage matinal du coude plus laborieux. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : apparition de douleurs, surtout en fin de course, aux mouvements du coude droit, paresthésie sévère et réduction notable de la force segmentaire du membre supérieur droit. Selon le médecin, la capacité de travail était nulle dans l'activité de monteur électricien et « problématique dans toute activité professionnelle manuelle ». Invité à se prononcer sur l'existence d'éventuels troubles psychiques et, cas échéant, sur la nécessité d'une prise en charge spécialisée, le Dr E_____ a précisé que les troubles psychiatriques de l'assuré étaient désormais stabilisés ; cette évolution s'expliquait par la perspective d'un possible retour au foyer de sa compagne et de leur enfant commun.

Le Dr E_____ a joint à son envoi un rapport du docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie. L'examen neurologique pratiqué par ce spécialiste montrait essentiellement un déficit de pronation modéré, une hypoesthésie du dermatome brachial cutané externe du bras droit, ainsi que des lâchages au testing de tous les groupes musculaires. Un examen du membre supérieur droit par électroneuromyographie (ENMG) n'avait pu être réalisé, l'assuré ne supportant pas les stimulations électriques.

9. Le 9 janvier 2006, l'assuré a été placé en détention – d'abord préventive – à la prison de Champ-Dollon.
10. Le 14 septembre 2006, le docteur J_____, chef de clinique au service de médecine pénitentiaire, a attesté de son suivi par l'unité médicale de la prison depuis le 13 janvier 2006. L'intéressé souffrait de douleurs chroniques du membre supérieur

droit contre lesquelles il bénéficiait d'un traitement antalgique local et de séances de physiothérapie.

11. Le 24 octobre 2006, le Service médical régional (SMR) de l'AI a estimé nécessaire de soumettre l'assuré à un examen rhumato-psychiatrique.
12. Le 27 juin 2007, la Chambre pénale de la Cour de justice a condamné l'assuré à une peine privative de liberté de dix-huit mois, sous déduction de la détention préventive subie, et suspendu l'exécution de cette peine au profit d'une mesure institutionnelle en milieu fermé.
13. L'assuré a bénéficié d'une libération conditionnelle à compter du 21 janvier 2008, mettant fin à deux ans de détention.
14. Le 22 février 2008, la doctoresse K_____, médecin SMR, a estimé qu'il convenait - en lieu et place de l'examen rhumato-psychiatrique proposé en octobre 2006, qui n'avait pu être mis en place en raison de l'incarcération de l'assuré - de demander une expertise psychiatrique à la doctoresse L_____, cheffe de clinique à l'Institut universitaire de médecine légale. L'experte serait chargée de renseigner le SMR sur la possibilité d'effectuer une expertise rhumatologique auprès d'un expert indépendant « (si l'assuré ne présentait pas de dangerosité) » et, si tel n'était pas le cas, d'organiser, si besoin était, une expertise rhumatologique « dans le cadre des institutions ou de l'institut de médecine légale ».
15. C'est le docteur M_____, chef de clinique au département de psychiatrie des HUG, qui a reçu l'assuré en entretien les 3 avril et 8 mai 2008. Il a rendu son rapport le 2 octobre 2008, sous la supervision de la Dresse L_____.

Contactée par l'expert, la doctoresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé suivre l'assuré dans le cadre d'un suivi obligatoire depuis le début de l'année 2008 et lui avoir prescrit un traitement psychotrope en raison d'un syndrome dépressif et d'un trouble de la personnalité de type dyssocial. Elle considérait que l'assuré conservait une capacité résiduelle de travail, sans pouvoir l'estimer de façon précise.

Egalement joint par téléphone le 8 août 2008, le Dr E_____ a confié à l'expert qu'il considérait pour sa part la capacité de travail de son patient comme nulle dans tout domaine d'activité pour des raisons physiques (plus précisément, la lésion au niveau du bras droit) et non psychiatriques.

Après avoir retracé l'anamnèse de l'assuré, recueilli ses plaintes et établi son status clinique, le Dr M_____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), présent depuis janvier 2008 au moins, de trouble mixte de la personnalité (avec traits paranoïaques et dyssociaux ; F61.9), probablement présent depuis l'adolescence et de status post rupture du tendon du biceps droit ayant nécessité une intervention chirurgicale en octobre 2001.

Au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr M_____ a mentionné l'utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1), présente depuis plusieurs années.

Le Dr M_____ a souligné que les difficultés générées par l'organisation pathologique de la personnalité de l'assuré entraînaient des difficultés majeures et constantes dans les relations interpersonnelles, avec pour conséquences des échecs à répétition dans plusieurs domaines (y compris sur le plan professionnel), engendrant l'apparition d'un tableau dépressif, associé à une consommation importante d'alcool par moments. Les troubles mentionnés se potentialisaient réciproquement.

En conclusion, l'assuré souffrait de troubles psychiatriques chroniques et sévères, incompatibles avec une activité professionnelle à plein temps. Un traitement psychiatrique intégré au long cours était indiqué afin de traiter et soigner l'épisode dépressif et d'éviter les abus d'alcool. Ce traitement avait une efficacité très relative sur le trouble de la personnalité (traits pathologiques spécifiques d'accès thérapeutique limités). Le pronostic global était réservé, dans la mesure où la motivation était faible.

S'agissant de la question de l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail de l'intéressé, l'expert a renvoyé, au plan orthopédique, à l'avis du spécialiste ; au plan psychique, il a émis l'avis qu'il existait des limitations (fatigue, troubles de la mémoire et de la concentration et faible résistance au stress) ; il en existait également au plan social (faible tolérance à la frustration, mépris des normes et des contraintes sociales, incapacité à maintenir durablement des relations et incapacité à éprouver de la culpabilité).

Les troubles énumérés généraient une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'électricien. Il y avait eu incapacité de travail d'au moins 20% depuis octobre 2001. Depuis lors, l'incapacité avait évolué de manière fluctuante pour atteindre, en janvier 2008, un taux de 50%. L'expert a toutefois souligné que l'assuré, incapable de s'adapter à un environnement professionnel, devrait bénéficier dans un premier temps d'une prise en charge psychiatrique pour lui permettre d'améliorer notablement son état mental.

L'expert a encore estimé possible d'améliorer la capacité de travail de l'assuré au poste occupé jusqu'alors, précisant qu'en raison du trouble de la personnalité, l'assuré avait besoin d'un aménagement de son cadre de travail, permettant un « travail sans responsabilités », à faible niveau de stress, limitant les contacts sociaux et s'inscrivant dans un cadre hiérarchique souple.

16. Le 21 novembre 2008, le Centre universitaire romand de médecine légale a adressé un complément d'expertise au SMR, en réponse à six questions posées par celui-ci suite au rapport du 2 octobre 2008.

Quant à savoir sur quelle base le diagnostic de trouble dépressif récurrent avait été posé et à quand remontait le premier épisode dépressif objectivé répondant aux

critères de la CIM-10, l'expert a indiqué avoir retenu ce diagnostic en partant des critères retenus par la CIM-10 concernant la durée du trouble dépressif et notamment le fait que, selon cette classification, « chaque épisode persiste pendant trois à douze mois (environ six mois en moyenne) [et que] dans des rares cas, le trouble peut évoluer vers une dépression persistante, en particulier chez des sujets âgés (dans ce cas, on conservera cependant le diagnostic de trouble dépressif récurrent) ». L'expert avait considéré que, dans les conditions de la persistance des facteurs de vie défavorables (séparation d'avec sa compagne et son fils, incarcération, poursuite de la consommation d'alcool – facteur dépressogène connu), le trouble de l'adaptation retenu en 2004 s'était transformé progressivement en un trouble dépressif persistant.

Un premier épisode dépressif répondant aux critères de la CIM-10 avait pu être objectivé à la sortie de prison de l'assuré, en janvier 2008.

L'expert a précisé que les critères retenus en faveur d'un épisode dépressif sévère étaient les suivants :

- score de 24 sur l'échelle de Hamilton (17 items) obtenu le 8 mai 2008;
- présence d'une humeur dépressive ;
- idées de ruine ;
- diminution de l'intérêt et du plaisir ;
- diminution de la concentration et de la mémoire ;
- incapacité à faire des projets d'avenir ;
- insomnies ;
- diminution de l'appétit.

Questionné sur l'influence de la consommation d'alcool par rapport aux troubles paranoïaques décrits, l'expert a répondu qu'à son avis, il n'y avait pas de relation entre la consommation d'alcool et les caractéristiques du trouble de la personnalité de type paranoïaque car alors, on aurait pu s'attendre à ce que ces caractéristiques disparaissent avec l'abstinence imposée par la détention, ce qui ne semblait pas avoir été le cas.

Quant à savoir à compter de quand il y avait eu incapacité de travail supérieure à 20% d'origine psychiatrique, l'expert a répondu que l'incapacité à la sortie de prison était de 50%, en janvier 2008. Entre 2006 et 2008, la capacité de travail de l'assuré du point de vue psychiatrique était difficilement évaluable, vu sa détention, de même qu'avant 2006, puisque l'intéressé n'avait pas travaillé en raison des suites traumatiques de l'accident en 2001.

Enfin, l'expert a confirmé que la capacité de l'assuré à exercer son activité habituelle était restreinte à 50% en raison des limitations aux plans psychique et social déjà énumérées, à savoir : fatigue, troubles de la mémoire et de la

concentration, faible résistance au stress, tolérance à la frustration diminuée, mépris des normes, des règles et des contraintes sociales.

17. Le 15 janvier 2009, la Dresse K_____, du SMR, a estimé que les limitations fonctionnelles décrites par les Drs E_____, I_____ et M_____ étaient essentiellement en relation avec le trouble de la personnalité psychotique et dyssociale. Elles permettaient de définir les conditions de l'aménagement du travail (travail simple, sans responsabilités à faible niveau de stress, limitant les contacts sociaux, avec un cadre hiérarchique souple) et expliquaient pourquoi des mesures de réadaptation n'étaient pas possibles (faible tolérance à la frustration, mépris des normes, des règles et des contraintes sociales). Dès lors, il était possible de fixer le début de l'incapacité de travail durable au 17 mai 2004 – référence étant faite au rapport du Dr E_____ du 16 septembre 2004 et à l'expertise du Dr M_____ du 2 octobre 2008 –, d'abord à 100%, pendant l'hospitalisation de quarante-huit heures, puis à 50% en admettant déjà depuis lors le taux admis par la suite dans l'expertise, puisque le trouble de la personnalité était resté décompensé depuis 2004.
18. Par décision du 3 avril 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2004.

L'OAI a considéré que le délai d'attente avait commencé à courir en octobre 2001, date depuis laquelle l'incapacité de travail de 50% était restée inchangée. Une incapacité moyenne de travail de 50% et une incapacité de gain durable de 57% ayant été constatées dès mai 2004, le droit à une demi-rente aurait pu s'ouvrir dès cette date mais, l'assuré ayant déposé sa nouvelle demande en septembre 2005, soit plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne pouvaient lui être allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de sa demande, soit à compter du 1^{er} septembre 2004 seulement.
19. Saisie d'un recours de l'assuré qui concluait à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} novembre 2001 déjà, la Cour de céans l'a partiellement admis (cf. arrêt du 21 avril 2011 [ATAS/396/2011]), en ce sens qu'elle a annulé la décision et renvoyé la cause à l'OAI, à charge pour ce dernier d'investiguer la question de l'éventuel caractère invalidant des douleurs somatiques.
20. Le 24 août 2011, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'il avait mandaté le docteur O_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.
21. Le 20 septembre 2011, celui-ci a informé l'OAI que l'assuré ne s'était pas présenté à son cabinet à la date prévue, le 19 septembre 2011.
22. Le 23 septembre 2011, le conseil de l'assuré a expliqué à l'OAI que son client était à nouveau incarcéré.
23. Le 2 août 2012, le Tribunal de police a condamné l'assuré à une peine privative de liberté de vingt-deux mois, sous déduction de la détention préventive subie, et a

suspendu l'exécution de la peine au profit d'une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu ouvert.

24. Le Dr O_____ a rendu son rapport d'expertise le 18 février 2013.

Après avoir résumé le dossier médical de l'assuré, retracé son anamnèse, recueilli ses plaintes et procédé à son examen clinique, le Dr O_____ a retenu les diagnostics suivants : status après arrachement traumatique de l'insertion distale du biceps brachial droit opéré le 15 octobre 2001, douleurs séquellaires du membre supérieur droit avec limitation modérée de la pronation et discret flexum de 10° du coude droit, lombalgies chroniques dans le contexte d'une discopathie L5-S1 avec probable sciatique S1 droit intermittente, suspicion de neuropathie du cubital droit et état dépressif (cf. rapport d'expertise de l'institut universitaire de médecine légale).

S'agissant des limitations en relation avec les troubles constatés, le Dr O_____ a renvoyé à l'expertise de l'Institut universitaire de médecine légale pour celles relevant des plans psychique, mental et social. D'un point de vue physique, les limitations étaient les suivantes : pronation-supination avec le coude droit, flexion-extension avec cette même articulation, port de charges avec le membre supérieur droit, positions statiques prolongées du rachis, port de charges et mouvements répétitifs en flexion extension du rachis lombaire.

Sur le plan somatique, l'assuré devait être considéré comme totalement et définitivement incapable d'exercer son ancienne activité d'électricien de chantier, sans amélioration possible.

En revanche, l'assuré conservait une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement dans une activité légère autorisant de fréquents changements de position, permettant d'éviter les gestes à répétition de type pronation-supination et flexion-extension du le coude droit, le port de charges et les mouvements en porte-à-faux du tronc.

Selon l'anamnèse, il y avait eu incapacité de travail de 20% au moins depuis le 8 octobre 2001 et le degré d'incapacité de travail n'avait évolué « ni en bien, ni en mal » depuis lors.

L'expert a jugé que, d'un point de vue strictement somatique, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, tout en relevant que celles déjà tentées par le passé avaient toutes échoué ; il fallait également et surtout tenir compte des problèmes psychiatriques très marqués qui jetaient le doute quant aux possibilités de réorientation professionnelle.

25. Le 22 avril 2013, le docteur P_____, médecin au SMR, a préconisé de suivre les conclusions de l'expertise du Dr O_____, qualifiée de convaincante : sur le plan somatique, les lésions séquellaires du coude droit contre-indiquaient la reprise de l'activité habituelle depuis 2001 ; en revanche, d'un point de vue purement somatique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis 2001.

D'un point de vue psychique, le Dr P_____ a considéré qu'il convenait de retenir comme point de départ de la diminution à 50% le 20 mai 2004. En conséquence, dans un travail simple, sans responsabilités, impliquant un faible niveau de stress, limitant les contacts sociaux, s'inscrivant dans un cadre hiérarchique souple et respectant les limitations énoncées, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le 20 mai 2004.

26. Le 26 novembre 2013, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2004.
27. L'assuré s'y est opposé en demandant que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 70%. À l'appui de sa position, il joignait une attestation de la doctoresse Q_____, médecin interne à la Clinique de Belle-Idée, certifiant qu'il était apte à exercer une activité lucrative à 40% dans le milieu économique normal.
28. Le 16 avril 2014, la Dresse Q_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré recherchait un emploi à 40%.
29. Le 25 avril 2014, elle a transmis à l'OAI un horaire, dont il ressortait que l'assuré accomplissait diverses activités en clinique du lundi au jeudi (ergothérapie, relations sociales, psychomotricité, groupes de parole, cuisine, musicothérapie, sorties thérapeutiques, etc.) et bénéficiait d'un congé domiciliaire du vendredi 8h au dimanche 21h.
30. Par décision du 7 mai 2014, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2004.

L'OAI a considéré qu'après instruction du dossier sur le plan rhumatologique, il était en mesure de reprendre les termes et conclusions de la décision du 3 avril 2009.

La comparaison des revenus sans invalidité (CHF 60'813.-) et avec invalidité (CHF 25'766.-) en 2004, année déterminante, montrait une perte de gain de CHF 25'047.-, correspondant à un degré d'invalidité de 57%.

Les conditions de l'ouverture du droit avaient été réunies dès le mois de mai 2004, mais, l'assuré ayant déposé sa demande en septembre 2005, soit plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne pouvaient lui être allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de sa demande, soit à compter du 1^{er} septembre 2004 seulement.

Par la même occasion, l'OAI a suspendu le versement de ladite rente du 1^{er} février 2006 au 1^{er} janvier 2008 et dès août 2011, vu l'incarcération de l'intéressé, puis la mesure thérapeutique prononcée par le juge pénal. Au surplus, l'OAI a réclamé la restitution de CHF 2'695.- (CHF 2'989.- de rentes versées à tort de mai à novembre 2013, sous déduction de CHF 294.- de cotisations déjà perçues sur lesdites rentes).

31. Par acte du 6 juin 2014, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en contestant la demande de restitution, subsidiairement, en demandant la remise de l'obligation de restituer le montant réclamé.
32. Par arrêt du 5 mars 2015 (ATAS/181/2015), la Cour de céans a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire quant au point de départ du délai de prescription de la demande en restitution de la rente de mai 2013, d'une part, quant aux conditions de la prolongation de la suspension du versement de la rente au-delà de septembre 2012, d'autre part.
33. Par courrier du 26 mai 2015, l'assuré a informé l'OAI que sa situation « [avait] changé mais pas sa santé car [il avait] souvent des douleurs au bras ». Il a précisé que son médecin traitant était le docteur R_____, spécialiste FMH médecine générale, médecine physique et réadaptation et a enfin demandé à l'OAI de lever la suspension du versement des prestations.
34. Le 26 mai 2015, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport rédigé le 30 mars 2015 par le Dr R_____, faisant état d'une détérioration de son état de santé depuis l'octroi de la demi-rente d'invalidité. Rappelant que l'assuré avait souffert d'une rupture du tendon du biceps du bras droit en octobre 2001 et de nombreux problèmes dépressifs qui avaient conduit à plusieurs reprises à son hospitalisation, la dernière fois du 7 septembre 2012 au 24 février 2015, le Dr R_____ a invoqué une atteinte à la santé nouvelle en la forme d'un carcinome spinocellulaire du sillon balano-préputial, affection pour laquelle l'assuré était traité depuis août 2012 par le service de dermatologie des HUG. Concluant pour le reste à une « altération psychosomatique », le Dr R_____ demandait, au nom et pour le compte de l'assuré, la révision de son droit à la rente fondé sur « un taux d'incapacité de 100% ».
35. Le 1^{er} juin 2015, l'OAI a demandé au SMR de se prononcer sur la question de savoir si le carcinome spinocellulaire du « sillon balano-préputial » (sic) devait être considéré comme une aggravation.
36. Le 11 juin 2015, le docteur S_____, médecin au SMR, a préconisé d'interroger le dermatologue traitant et le Dr R_____ sur l'évolution de cette affection depuis 2012.
37. Par courrier du 11 juin 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entrait en matière sur la demande de révision du 27 mai 2015 (recte : 26 mai 2015).
38. Dans un rapport daté du 18 juin 2015, les docteurs T_____ et U_____, respectivement cheffe de clinique et médecin interne auprès du service de psychiatrie générale des HUG ont expliqué suivre l'assuré au centre ambulatoire de psychiatrie et psychologie intégrées (CAPPI) de la Jonction depuis le 3 mars 2015, à raison d'une fois toutes les quatre semaines. L'assuré souffrait de troubles cognitifs (de la mémoire et de la concentration) qui avaient été diagnostiqués lors de son séjour à la clinique de Belle-Idée. Son humeur était triste, mais il ne verbalisait pas d'idées suicidaires actives ou passives. Il n'y avait ni anhédonie, ni aboulie mais une certaine fatigabilité et des troubles du sommeil. Le discours de

l'intéressé était cohérent, sans éléments florides de la lignée psychotique, ni hallucinations objectivées. Toutefois, une méfiance persistait dans le contact et l'assuré restait interprétatif, recevant les questions des médecins comme des attaques à sa personne. Il se sentait persécuté et se disait victime du système juridique et judiciaire suisse auquel il reprochait de protéger les femmes lors de conflits de couple. Il faisait également montre d'une sensibilité excessive aux échecs. Compte tenu de ce tableau clinique, les Drs T_____ et U_____ n'envisageaient pas pour l'instant que l'assuré « puisse travailler dans un milieu ouvert ».

39. Dans un rapport du 25 juin 2015, le Dr R_____ a indiqué que le début de la longue maladie de l'assuré remontait à 2001 et qu'il était totalement inapte à exercer la moindre forme d'activité professionnelle. Cette incapacité de travail trouvait son origine dans un syndrome dépressif réactionnel (F32.2) en lien avec la situation familiale de l'assuré, une rupture opérée du biceps droit en 2001 et un carcinome spinocellulaire du prépuce. Le médecin préconisait de réévaluer la rente d'invalidité de son patient.
40. Le 3 juillet 2015, le SAPEM a annoncé à l'OAI que le Tribunal d'application des peines et mesures (TAPEM), par jugement du 22 janvier 2015, avait remplacé conditionnellement le traitement thérapeutique institutionnel en milieu ouvert par une mesure ambulatoire. Le délai d'épreuve était fixé à cinq ans dès la sortie de la clinique psychiatrique de Belle-Idée, intervenue le 24 février 2015. En conséquence, l'assuré pouvait exercer une activité lucrative ou suivre une formation dans la mesure de ses capacités.
41. Dans un rapport du 13 juillet 2015, les docteurs V_____ et W_____, respectivement médecin adjoint agrégé et médecin interne auprès du service de dermatologie des HUG, ont confirmé suivre l'assuré depuis 2012. Il avait d'abord été traité avec succès pour un lichen plan cutanéomuqueux diagnostiqué en 2012. Fin 2013, un carcinome spinocellulaire in situ avait été diagnostiqué, dans le contexte d'une infection HPV type 82 à haut risque. Un traitement avait été instauré, qui avait conduit à une amélioration clinique, même s'il était resté une lésion résiduelle qui avait motivé une deuxième biopsie, en décembre 2014. Cette dernière avait mis en exergue un foyer de carcinome épidermoïde bien différencié, micro-invasif superficiel, dans une dysplasie intra-épithéliale de haut grade. Pour la prise en charge de cette lésion, une petite intervention chirurgicale sous anesthésie locale avait été proposée début 2015, avant d'être suspendue, au vu du status local plutôt rassurant ; en lieu et place, il avait été opté pour un suivi clinique.
42. Dans un rapport du 27 juillet 2015, le Dr W_____ a précisé que les diagnostics évoqués dans le rapport du 13 juillet 2015 étaient sans effet sur la capacité de travail de l'assuré : d'un point de vue dermatologique, elle était entière dans toute activité, sans diminution de rendement, ni limitations. Le pronostic était stable pour l'instant et il n'y avait plus de lésion visible lors de la consultation de suivi clinique du 13 janvier 2015.

43. Par courrier du 17 septembre 2015, l'assuré a invité l'OAI à donner suite à sa demande de révision du 26 mai 2015. Invoquant l'avis de son médecin traitant, il a sollicité l'octroi d'une rente entière en raison de ses atteintes, dont il a rappelé qu'elles étaient non seulement psychiques, mais aussi physiques (cancer).
44. Le 22 septembre 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de confirmer la suspension du versement de la rente de septembre 2012 à décembre 2014. Il précisait que le réexamen de la restitution de CHF 2'695.- et l'examen de la péremption du droit à la restitution de la rente versée en mai 2013 feraient l'objet d'une décision séparée.
45. Par courrier du 26 octobre 2015, l'assuré a invité l'OAI à reprendre l'instruction de son dossier conformément aux instructions données dans l'arrêt du 5 mars 2015, demandant pour le surplus qu'une demi-rente lui soit versées depuis septembre 2012.
46. Le 11 novembre 2015, le Dr S_____, médecin au SMR, a relevé qu'il ressortait clairement du rapport du Dr W_____ du 27 juillet 2015 que les atteintes dermatologiques ne présentaient pas de signe de gravité, ne nécessitaient qu'un traitement très limité (simple surveillance) et qu'elles étaient sans influence sur la capacité de travail de l'assuré. Il en a tiré la conclusion que les nouvelles atteintes dermatologiques n'étaient pas incapacitantes et qu'il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes.
47. Par décision du 19 février 2016, l'OAI a rejeté la demande de révision de l'assuré.
48. Par décision du 25 février 2016, l'OAI a en outre suspendu le versement de la rente du 22 septembre 2012 à décembre 2014.
49. Enfin, par décision du 10 mars 2016, il a rétabli le versement de la demi-rente d'invalidité de l'assuré avec effet le 1^{er} janvier 2015.
50. Par acte du 5 avril 2016, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 19 février 2016 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière. Ce recours a été enregistré sous le numéro de cause A/1038/2016. C'est cette procédure qui fait l'objet du présent arrêt.

Il reproche à l'OAI de ne l'avoir jamais convoqué, ni pour un entretien, ni pour un examen.

Il ignore ainsi sur quelles bases il a été décidé que les nouvelles atteintes à sa santé ne sont pas incapacitantes.
51. Le 11 avril 2016, l'assuré a également saisi la Cour de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 25 février 2016. Ce recours sera traité par la Cour de céans dans une procédure parallèle à la présente (cause A/1085/2016).
52. Le 25 avril 2016, l'assuré a en outre interjeté recours contre la décision du 10 mars 2016, en concluant préalablement à la jonction de cette nouvelle procédure (A/1270/2015) avec les causes A/1038/2016 et A/1085/2016 et, principalement, à

son annulation et à ce qu'il soit constaté qu'il n'est pas tenu de rembourser le montant de CHF 2'695.-. Ce recours sera également traité par la Cour de céans séparément.

53. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 mai 2016 au recours du 5 avril 2016, a conclu à son rejet.

Selon l'intimé, la procédure de révision ouverte le 11 juin 2015 a permis de déterminer que la nouvelle atteinte (carcinome spinocellulaire) est restée sans effet sur la capacité de travail (cf. rapport du Dr W_____ du 27 juillet 2015).

Il relève que si le médecin traitant avait certes conclu à une totale incapacité de travail, il n'a apporté aucun élément nouveau à l'appui de cette appréciation – hormis le carcinome évoqué ; les troubles psychiatriques mentionnés étaient en effet déjà connus et il n'y avait pas eu d'aggravation manifeste sur ce plan, ce qui avait conduit le SMR à considérer que ses conclusions précédentes restaient valables.

En l'absence d'un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente -, il n'existait aucun motif de révision. C'était donc à bon droit qu'une augmentation de rente avait été refusée.

54. Le 31 août 2016, le recourant a rappelé que la Cour de céans avait à deux reprises annulé les décisions de l'intimé au motif que le dossier ne contenait pas suffisamment d'éléments pour statuer.

Selon lui, la décision litigieuse du 19 février 2016 lui refusant une augmentation de rente a donc été rendue de manière prématurée. Avant de conclure que sa situation n'avait pas changé, l'intimé aurait dû statuer sur la situation initiale.

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. Selon l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable via par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement. Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour qui suit. Le droit cantonal déterminant est

celui du canton où la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 LPGA).

Le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la notification de la décision querellée – rejetant la demande de révision – le 23 février 2016 (art. 38 al. 1 LPGA). Suspendu du 20 mars au 3 avril 2016, il est arrivé à échéance le 8 avril 2016. Posté le 5 avril 2016, le recours a donc été interjeté en temps utile. Il respecte en outre les formes prescrites par la loi, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

3. Aux termes de l'art. 70 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (al. 1). La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites (al. 2).

Bien que les causes A/1038/2016, A/1085/2016 et A/1270/2016 opposent les mêmes parties, il n'en demeure pas moins que les faits d'ordre médical – plus précisément la question d'un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité – ne sont pertinents que sous l'angle de la révision du droit aux prestations du recourant (cause A/1038/2016). Il convient ainsi de traiter cette question de manière distincte.

4. a. 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA, constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

b. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2005 (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, ont entraîné 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).

c. En l'espèce, la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 est applicable, ainsi que la LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, la décision litigieuse

datant de 2016, et l'aggravation de l'état de santé alléguée ayant débuté le 7 mai 2014.

5. Le litige a pour objet le droit du recourant à une augmentation de sa rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé – de manière à influencer son droit à la rente – entre le 7 mai 2014, date de la décision par laquelle cette augmentation lui a été refusée une première fois, et le 19 février 2016, date de la décision litigieuse.
6. a. Avant d'examiner le fond du litige, il convient toutefois d'examiner le grief formel invoqué par le recourant, qui reproche à l'intimé d'avoir rejeté sa demande sans l'avoir jamais convoqué, que ce soit pour un entretien ou un examen, le laissant ainsi dans l'ignorance des motifs fondant son refus. Ce faisant, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu.
 - b. La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 127 I 56 consid. 2b, 12 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 604/01 du 13 août 2002 consid. 2a/aa).
 - c. Les services médicaux des offices de l'assurance-invalidité (médecins-conseils) ont en principe pour fonction d'examiner les demandes de prestations et de guider les collaborateurs et les conseillers de ces offices en ce qui concerne les questions médicales. En particulier, ils contrôlent, lors de l'évaluation de l'invalidité d'un assuré, si toutes les bases de décision nécessaires sont à disposition. Si tel n'est pas le cas, ils apportent leur aide pour le choix des mesures d'instruction à mettre en œuvre et y participent parfois, par exemple en formulant les questions à soumettre à un expert (cf. Interface, Institut für Politikstudien, Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung, in : Beiträge zur sozialen Sicherheit no 6/99, p. 43). Il ne leur appartient pas de procéder eux-mêmes à un examen médical de la personne assurée (art. 69 al. 4 RAI), mais d'aider les services des offices de l'assurance-invalidité à réunir les rapports médicaux et les expertises nécessaires, puis à les interpréter correctement. Dans ce cadre, ils peuvent, si nécessaire, prendre contact par téléphone avec l'auteur d'un rapport médical ou d'une expertise pour clarifier un point de détail, mais veilleront alors à consigner par écrit le résultat de cette mesure d'instruction, sur laquelle l'assuré doit avoir la possibilité de se déterminer (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 604/01 du 13 août 2002 consid. 2a/bb).
 - d. En l'espèce, on ne voit pas en quoi le droit d'être entendu du recourant aurait été violé. En effet, à réception des rapports produits à l'appui de la demande de

révision du 26 mai 2015, le SMR a estimé qu'il était nécessaire de demander des informations au dermatologue traitant et au Dr R____. L'intimé a suivi ces recommandations en requérant – et obtenant – des rapports de ces médecins, qu'il a soumis au Dr S____, du SMR.

En outre, le projet de décision du 14 décembre 2015, dûment notifié au conseil du recourant, expose précisément ce qui précède pour motiver le rejet de la demande de révision.

On relève enfin que le recourant, respectivement son conseil, n'ont pas jugé opportun d'exercer les droits découlant du droit d'être entendu à réception dudit projet. Ainsi, le recourant ne saurait prétendre ignorer sur quelles bases l'intimé a statué. En conséquence, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu est rejeté.

7. 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).
8. a. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011).

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

b. 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité

de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). Cela est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui constate que le droit aux prestations ne s'est pas modifié.

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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 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 arrêts cités). 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).

9. a. 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 1^{er} janvier 2008).
- b. 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.
- c. 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).

10. 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

11. 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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).
- 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. 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).

c/cc. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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).

c/dd. 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 LPGGA) 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).

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, il convient de comparer la situation au moment de la décision du 7 mai 2014 avec celle prévalant au moment de la décision du 19 février 2016 afin d'apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGGA.

La décision du 7 mai 2014 se fondait sur l'avis émis le 22 avril 2013 par le SMR. Ce dernier avait admis, dès le 20 mai 2004, une capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, tant psychiques que physiques (travail simple, sans responsabilités, à faible niveau de stress, limitant les contacts sociaux, s'inscrivant dans un cadre hiérarchique souple et impliquant un travail léger, limitant les gestes de pronation supination et de flexion-extension du coude droit, sans port de charges ni position statique prolongée, ni mouvements à répétition en flexion-extension du rachis lombaire).

La demande de révision déposée le 26 mai 2015 par le recourant par le biais de son médecin traitant, fait état d'une détérioration de son état de santé. Le médecin traitant a mentionné à titre de nouvelle atteinte à la santé un carcinome

spinocellulaire. Il a également fait état d'une « altération psychosomatique » justifiant selon lui l'admission d'un « taux d'incapacité de 100% ».

L'intimé étant entré en matière sur la nouvelle demande du 26 mai 2015, il convient d'examiner dans quelle mesure l'aggravation rendue plausible par le recourant est réellement intervenue, si elle porte à conséquence en termes de droit aux prestations et dans quelle mesure.

Dans son rapport du 25 juin 2015, le Dr R_____ indique que le début de la longue maladie de l'assuré remonte à 2001. Il juge son patient totalement inapte à exercer la moindre forme d'activité professionnelle, en raison de son stress et de ses douleurs au bras droit. Le médecin justifie l'incapacité de travail par un syndrome dépressif réactionnel (F32.2) en lien avec la situation familiale de l'intéressé, l'atteinte au biceps droit et un carcinome spinocellulaire.

Le rapport émis le 18 juin 2015 par les Drs T_____ et U_____, psychiatres, n'a pas été versé au dossier dans le cadre de la demande de révision du 26 mai 2015, mais dans le contexte de la suspension de rente décidée le 7 mai 2014 et confirmée par décision du 25 février 2015 (cause A/1085/2016), suite à l'arrêt de renvoi du 5 mars 2015 (ATAS/181/2015). Quoi qu'il en soit, en tant que ces médecins considèrent que le recourant n'est pas en mesure « pour l'instant » de travailler en milieu économique ouvert, ils apprécient sa capacité de travail autrement que l'expert psychiatre M_____ – au rapport duquel la décision du 7 mai 2014 se réfère. Aussi convient-il d'examiner si leur appréciation – et celle du Dr R_____ – devraient conduire à admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 7 mai 2014 ou s'il s'agit plutôt d'appréciations différentes d'un état de fait resté en soi inchangé.

On relève en premier lieu que si le rapport des Drs T_____ et U_____ ne pose pas de diagnostic psychiatrique selon la classification CIM-10, il n'en décrit pas moins des troubles cognitifs (troubles de la mémoire et de la concentration), une humeur triste, une certaine fatigabilité et des troubles du sommeil. Il est aussi question d'un sentiment de persécution et d'une sensibilité excessive aux échecs. Or, force est de constater que ce descriptif se recoupe avec le status clinique établi par l'expert M_____, celui-ci évoquant des « problèmes de mémoire et de concentration » (dossier AI, doc 110 p. 10), « une humeur franchement dépressive », un visage triste, de la fatigue, de l'épuisement et des insomnies (dossier AI, doc 110 p. 9, 11 et 13), un « sentiment d'être constamment victime dans les relations avec les autres » ainsi que des « caractéristiques paranoïaques (sensibilité excessive aux échecs [...] et tendance envahissante à déformer les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes [...]) » (dossier AI, doc 110 p. 12 in fine).

Quant au « syndrome dépressif réactionnel (F32.2) » mentionné par le Dr R_____ le 25 juin 2015, il y est déjà fait référence par l'expert M_____ le 2 octobre 2008 en ces termes : « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes

psychotiques (F33.2), présent depuis au moins janvier 2008 » (dossier AI, doc 110 p. 11), étant précisé que la CIM-10 définit ce dernier trouble « comme la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant sévère, sans symptôme psychotique (F32.2), en l'absence de tout antécédent de manie ».

Il ressort de ce qui précède que les précisions apportées par le médecin traitant et les Drs T_____ et U_____ en date du 18 juin 2015 ne montrent pas de changement sensible depuis le 7 mai 2014.

En conséquence, on ne saurait inférer des rapports du Dr R_____, d'une part, des Drs T_____ et U_____, d'autre part, qu'une aggravation de l'état de santé psychique serait survenue depuis la décision du 7 mai 2014. Dès lors, en tant que le médecin traitant conclut à une totale incapacité de travail dans toute activité et les deux psychiatres à une incapacité provisoire de travailler en milieu économique ouvert, ils ne font qu'apprécier différemment un état de fait inchangé.

Reste à examiner les conséquences de la nouvelle atteinte apparue sur le plan physique (carcinome spinocellulaire du prépuce).

Du rapport rédigé le 13 juillet 2015 par les Drs V_____ et W_____, il ressort que ce carcinome a été diagnostiqué fin 2013 et qu'après un traitement en applications locales, une amélioration clinique a été observée, même si une lésion résiduelle était toujours présente en décembre 2014 (carcinome épidermoïde bien différencié, micro-invasif superficiel, dans une dysplasie intra-épithéliale de haut grade). Si une petite intervention chirurgicale a d'abord été envisagée, elle a finalement été mise en suspens (au profit d'un suivi clinique), compte tenu du status local plutôt rassurant.

Du rapport établi le 27 juillet 2015 par le Dr W_____, il ressort qu'en date du 13 janvier 2015, plus aucune lésion n'était visible. Ainsi, d'un point de vue dermatologique, la capacité de travail est restée entière dans toute activité, sans diminution de rendement, ni limitations.

À la lumière de ce qui précède, la Chambre de céans ne voit pas de raison de s'écarter de l'avis du SMR du 11 novembre 2015 en tant qu'il retient que les nouvelles atteintes dermatologiques ne sont pas incapacitantes et qu'il convient de s'en tenir aux conclusions précédentes. Du reste, le recourant ne prétend pas que son état de santé aurait changé, puisqu'il affirme lui-même, dans un premier courrier du 26 mai 2015 à l'intimé, que sa situation « [a] changé *mais pas sa santé* car [il a] souvent des douleurs au bras ». C'est le lieu de rappeler que les douleurs qu'il invoque ont déjà été prises en compte par l'expert rhumatologue O_____.

Ainsi, il ne ressort ni des explications fournies, ni des éléments versés au dossier, qu'en présence d'un état de santé identique, le changement de situation évoqué par le recourant, non précisé au demeurant, aurait modifié sa capacité de gain de manière importante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.3).

14. Reste à vérifier si les conditions d'une révision procédurale de la décision du 7 mai 2014 (art. 53 al. 1 LPGa) sont éventuellement réalisées.

Si, sur le principe, rien ne s'oppose à ce que la découverte de faits nouveaux importants ou la production de nouveaux moyens de preuve au sens de l'art. 53 al. 1 LPGa (sur ces notions, cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 183/04 du 28 avril 2005 consid. 2.2 in REAS 2005 p. 242) puissent servir à démontrer le caractère erroné de la décision initiale, les conditions d'une telle construction juridique font cependant défaut en l'occurrence. En effet, les rapports produits à la suite de la nouvelle demande du 26 mai 2015 ne sauraient être considérés comme des moyens de preuve nouveaux mettant en évidence des faits nouveaux démontrant que la décision initiale était manifestement erronée. Ils ne font que refléter une appréciation différente de la même situation, ce qui ne constitue pas un motif de révision (pas plus qu'un motif de reconsidération ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 consid. 3 et les références). Partant, les conditions d'une révision procédurale de la décision du 7 mai 2014 ne sont pas non plus remplies.

15. Dans un ultime moyen, le recourant reproche à l'intimé de ne s'être pas conformé à l'arrêt de renvoi du 5 mars 2015 (ATAS/181/2015) : selon lui, l'intimé aurait rejeté sa demande de révision prématurément.

Ce reproche tombe manifestement à faux.

En effet, le recours du 6 juin 2014 interjeté contre la décision du 7 mai 2014 portait non pas sur l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2004, mais uniquement sur la question de la suspension de celle-ci au cours de deux périodes d'incarcération de l'assuré et sur la restitution de CHF 2'695.- au titre de rentes versées de mai à novembre 2013. L'instruction complémentaire ordonnée par la Cour de céans dans son arrêt du 5 mars 2015, ne devait porter que sur ces points et en aucun cas sur la capacité de travail du recourant au sens médical du terme. Il s'agissait simplement d'éclaircir la question de savoir si l'assuré était autorisé à exercer une activité lucrative dans l'économie libre depuis son transfert du 7 septembre 2012 de la prison de Champ-Dollon à la clinique psychiatrique de Belle-Idée en milieu ouvert.

16. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas mis d'émolument 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