

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1783/2009

ATAS/396/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 avril 2011

2<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur M \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître SOMMARUGA Carlo

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Luis ARIAS et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après le recourant ou l'assuré) est d'origine kabyle, né en Algérie en 1964.
2. Après avoir terminé son école obligatoire et le lycée en Algérie, le recourant obtient un BTS d'électricien.
3. Le recourant s'installe définitivement en Suisse en 1990 et après avoir occupé des emplois dans différentes agences temporaires, il travaille, entre 1995 et 1998, comme électricien auprès des Services industriels de Genève.
4. A partir de 1995, le recourant vit une relation non maritale avec une femme d'origine kabyle-algérienne qui donne naissance à un fils en novembre 1997.
5. Entre juillet 1999 et juillet 2001, inscrit au chômage, le recourant travaille en tant qu'intérimaire pour une agence temporaire.
6. Sur la base d'un certificat médical du Dr. A\_\_\_\_\_, le recourant est en arrêt maladie du 17 août 2001 au 25 septembre 2001, date de récupération totale de la capacité de travail.
7. Le 7 octobre 2001, le recourant est victime d'un accident du travail avec rupture du tendon du biceps distal droit.
8. La lésion due à l'accident du 7 octobre 2001 a nécessité une intervention chirurgicale, un séjour de rééducation à la SUVA à Sion.
9. Le recourant a formé, le 1<sup>er</sup> novembre 2002, une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OAI). Il a précisé que son incapacité de travail était totale, depuis le 7 octobre 2001.
10. Dans un rapport du 8 novembre 2002, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH, chirurgie générale et médecin répondant de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, retient comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail « des séquelles algiques et fonctionnelles, status après réinsertion du tendon distal du grand-chef du biceps droit ». Au niveau de l'anamnèse du recourant ce médecin indique « rupture distale du grand chef du biceps droit adressé aux HUG où il a été opéré par réinsertion avec séquelles fonctionnelles et algiques faisant dire à son chirurgien traitant qu'il n'est pas imaginable que ce patient reprenne le travail qu'il avait précédemment de monteur-électricien »
11. Le 20 mars 2002, le Dr C\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès de Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), établit un rapport à l'attention du médecin conseil de la SUVA et indique « Globalement, le patient va bien du point

de vue de la force et des symptômes douloureux. La flexion/extension du coude droite est complète et comme précisé plus haut, le membre supérieur droit permet une activité quotidienne. Le patient ressent quelques douleurs de type tendinite à l'insertion des extenseurs radiaux du carpe. Il n'y a pas de trouble neurologique autrement. (...) Vu la lésion que le patient a subi, je pense qu'un reclassement professionnel sera nécessaire, dans la mesure d'une rupture traumatique sur un terrain dégénératif. Le travail actuel de force (comme électricien qui transporte des câbles lourds) n'est plus envisageable. Spontanément, le patient s'est proposé pour un reclassement professionnel. »

12. A l'occasion d'un examen du dossier le 29 mai 2002, le médecin conseil de la SUVA conclut au fait qu'il persiste une limitation fonctionnelle, que la situation ne peut être considérée comme stabilisée et que l'incapacité de travail dans la profession décrite est totale.
13. Le 10 avril 2003, le Dr. D\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, conclut « qu'il est peu probable, quel que soit le traitement pratiqué ultérieur, qu'une capacité de travail dans cette profession puisse être retrouvée »
14. Le 1<sup>er</sup> décembre 2003, la SUVA a rendu une décision constatant l'incapacité de travail du recourant jusqu'au 30 avril 2004.
15. Entre octobre 2001 et 2004, des prestations ont été allouées par la SUVA.
16. Dans un rapport du 10 mars 2004, le Service médical régional AI (ci-après le SMR) conclut que, dans une activité adaptée, l'exigibilité est d'un plein temps et que des mesures professionnelles peuvent être envisagées.
17. Selon le rapport du 10 juin 2004 de la Réadaptation professionnelle, le recourant a été victime d'un nouvel accident au niveau de son bras et a été opéré aux HUG le 17 mai 2004.
18. Le 7 septembre 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ fait état, dans un rapport médical intermédiaire, d'une nouvelle blessure du coude droit, ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant.
19. Par décision du 18 mars 2005, l'OAI a accordé une rente d'invalidité pour une durée déterminée du 15 août 2002 au 30 novembre 2003 en précisant que, dès cette date, même si la recourant ne pouvait plus exercer son ancienne activité de monteur-électricien, il avait une capacité entière dans une activité légère adaptée. En outre, la comparaison des revenus sans et avec invalidité aboutissait à un degré d'invalidité de 15.9% ne permettant pas le maintien du droit à la rente. Cette décision n'a pas fait l'objet de contestation.

20. Par courrier du 7 septembre 2005 adressé à l'OAI, le recourant a exprimé son désaccord quant à l'analyse faite de son cas et a relevé, en particulier, que son incapacité totale était toujours d'actualité et a contesté l'idée d'une capacité entière dans une activité légère adaptée. Le recourant concluait à cette occasion qu'il estimait être dans une incapacité totale de travail et sollicitait de reconnaître la gravité de ses difficultés extrêmement handicapantes et de ne pas le pénaliser dans la situation dans laquelle il se trouvait.
21. Selon un certificat médical intermédiaire du 12 octobre 2005, le Dr B\_\_\_\_\_ conclut que les atteintes de nature physique du recourant rendent problématiques toute activité professionnelle manuelle et faisait état notamment de « douleur surtout en fin de course des mouvements du coude droit. Paresthésie sévère. Réduction notable de la force segmentaire du membre supérieur droit. »
22. Entre janvier 2006 et janvier 2008, le recourant est incarcéré pour menaces et lésions corporelles simples, accusations partiellement contestées.
23. A l'occasion d'un avis médical du 24 octobre 2006, le SMR relève « L'assuré fait opposition à cette décision de rente limitée, mais comme le délai est échu, la décision est entrée en force, et il s'agit d'une nouvelle demande. L'assuré annonce des problèmes de santé somatiques et psychiatriques sous la forme d'une dépression. Outre les séquelles de son accident de 2001, il a eu un nouvel accident le 17.05.2004 : blessure au coude D et décompensation psychiatrique avec brève hospitalisation psychiatrique. Dès le 09.08.2004 il souffre de lombosciatalgies, qui auraient motivé l'interruption du stage à l'ORIPH. En août 2005 il a eu une épicondylite. Son médecin traitant le Dr B\_\_\_\_\_ atteste toujours une IT de 100% depuis le 08.10.2001. Le Dr E\_\_\_\_\_, neurologue, constate le 02.06.2005, un déficit de pronation modéré au coude D et une hypoesthésie du territoire du brachial cutané externe, un examen EMG ne peut pas être réalisé, le patient ne supportant pas les stimulations électriques. Un consilium psychiatrique fait à la CRR en 2002 conclut à l'absence d'un diagnostic spécifique. Le rapport psychiatrique du 24.05.2004 conclut à des troubles de l'adaptation, avec perturbation mixte des émotions et des conduites, et un probable trouble de la personnalité. Il n'y a pas d'avis psychiatrique récent. Les renseignements médicaux sont insuffisants et il faut convoquer l'assuré pour un examen SMR rhumato-psy. »
24. Selon avis médical du 22 février 2008, le SMR constatait que l'examen n'a pas été possible et précisait « en remplacement, une expertise psychiatrique sera effectuée à l'institut universitaire de médecine légale (mandat à adresser au Dr. F\_\_\_\_\_, chef de clinique). En plus du mandat habituel, l'expert nous renseignera sur la possibilité d'effectuer une expertise rhumatologique chez un expert indépendant (...) et si tel n'est pas le cas organisera dans un deuxième temps, une expertise rhumatologique dans le cadre des institutions ou de l'institut de médecine légale selon son appréciation. »

25. Sur mandat de l'OAI, le Centre Universitaire Romand de Médecine Légale a rendu, le 2 octobre 2008, son rapport sous la signature du Dr G\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique, Département de psychiatrie des HUG, expert, de la Dresse F\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique, responsable de la supervision et le visa du Dr H\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé, responsable psychiatrie légale. Avant les diagnostics, les experts relèvent que « A la passation d'une échelle de dépression de Hamilton (17 items), le 8 mai 2008, nous établissons dans le cas de l'expertisé un score de 24, signifiant la présence d'un épisode dépressif sévère. »

Ensuite, les experts retiennent les diagnostics suivants :

avec une répercussion sur la capacité de travail

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), présent depuis au moins 2008.
- Trouble mixte de la personnalité (avec traits paranoïaques et dyssociaux) (F61.09) probablement présent depuis l'adolescence.
- Status post rupture du tendon du biceps droit nécessitant une intervention chirurgicale, en octobre 2001.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Utilisation d'alcool nocive pour la santé (F10.1), depuis plusieurs années.

Dans le cadre de leur appréciation du cas, les experts relèvent notamment qu'il s'agit, selon eux, d'un trouble mixte de la personnalité comprenant des caractéristiques dyssociales mais aussi des caractéristiques paranoïaques. Les experts précisent encore « Les difficultés générées par cette organisation pathologique de la personnalité entraînent des difficultés majeures et constantes dans les relations interpersonnelles ayant comme conséquence des échecs à répétition dans plusieurs domaines de vie (y compris sur le plan professionnel), engendrant l'apparition d'un tableau dépressif associé à une consommation, par moments, importante d'alcool, Les troubles mentionnés se potentialisent réciproquement. En conclusion, l'expertisé souffre actuellement de troubles psychiatriques chroniques et sévères incompatibles avec une activité professionnelle à temps plein. » Répondant aux questions sur les influences sur la capacité de travail, les experts indiquent que, au plan physique, les limitations fonctionnelles orthopédiques sont du ressort d'un spécialiste et, au plan psychique, ils relèvent la fatigue, les troubles de la mémoire et de la concentration, et une faible résistance au stress. Au sujet de l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, les experts répondent que les troubles énumérés engendrent une incapacité de travail de 50%, que l'expertisé présente actuellement dans son

domaine d'activité (électricien) une capacité de travail résiduelle de 50%, au maximum 4 heures, sans diminution de rendement au taux mentionné. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré n'est actuellement pas capable de s'adapter à son environnement professionnel. Enfin, en ce qui concerne l'influence sur la réadaptation professionnelle, les experts précisent « En raison de son trouble de personnalité, un aménagement du cadre de travail est nécessaire : travail sans responsabilités, à faible niveau de stress, limitant les contacts sociaux et cadre hiérarchique souple. »

26. Le 15 janvier 2009, le SMR établit un rapport d'examen et relève notamment « Sur le plan somatique, les nouvelles atteintes n'ont pas de répercussion de longue durée sur l'exigibilité : une plaie à l'avant-bras D le 17.05.2004, ne l'empêchait pas de suivre la stage prévu, de l'avis du Dr B \_\_\_\_\_, MT ; une lombosciatalgie D en août-septembre 2004 n'a pas justifié d'investigations ; il a présenté une épicondylite. Le Dr E \_\_\_\_\_, neurologue, ne constate le 02.06.2005 qu'un déficit de pronation modéré au coude D et une hypoesthésie du territoire du brachial cutané externe. » Suite à l'expertise du 2 octobre 2008, le SMR constate que « cette expertise psychiatrique relève d'une part un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sous la forme d'un trouble dépressif persistant ; et d'autre part un trouble mixte de la personnalité, avec traits paranoïaques et dyssociaux. (...) Nous constatons que les limitations fonctionnelles décrites sont essentiellement en relation avec le trouble de la personnalité psychotique et dyssociale. Ces limitations permettent 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 expliquent pourquoi des mesures de réadaptation ne sont pas possibles (faible tolérance à la frustration, méprise des normes, des règles et des contraintes sociales). Pour cette raison, nous pouvons fixer le début de l'IT au 17.05.04, d'abord à 100% pendant l'hospitalisation de 48h, puis à 50% en admettant déjà depuis lors le taux fixé ensuite dans l'expertise, puisque le trouble de la personnalité est resté décompensé depuis 2004. »
27. Le 29 janvier 2009, l'OAI a adressé au conseil du recourant un projet d'acceptation de rente tendant à l'octroi d'une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> mai 2004, la rente étant suspendue du 1<sup>er</sup> février 2006 au 1<sup>er</sup> janvier 2008.
28. Par courrier du 12 février 2009, l'OAI a annulé le projet de décision du 29 janvier 2009 qui n'avait pas tenu compte de la demande tardive et a adressé un nouveau projet de décision qui précisait « A partir de 1<sup>er</sup> mai 2004, vous avez droit à une demi-rente mais le versement des prestations ne pourra intervenir qu'au mois de septembre 2004. La rente est suspendue du 1<sup>er</sup> février 2006 au 1<sup>er</sup> janvier 2008. »
29. Le recourant s'est opposé à ce projet de décision du 12 février 2009 en contestant la date de la demande et en insistant sur le fait que la demande initiale remontait au

6 novembre 2002. En outre, le recourant réservait sa position sur le taux d'invalidité à partir de mai 2004.

30. Le 3 avril 2009 et constatant notamment que la demande avait été tardivement déposée, l'OAI a notifié au recourant la décision suivante : « A partir du 1<sup>er</sup> mai 2004, vous avez droit à une demi-rente mais le versement des prestations ne pourra intervenir qu'au mois de septembre 2004. La rente est suspendue du 1<sup>er</sup> février 2006 au 1<sup>er</sup> janvier 2008. »
31. Par acte du 19 mai 2009, Monsieur M\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant à la recevabilité du recours, à l'annulation de la décision du 3 avril 2009, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2001 et à la condamnation de l'OAI aux frais de la procédure et à une participation aux honoraires d'avocat.
32. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI constate, le 22 juin 2009, au sujet de la revendication des prestations depuis novembre 2001, que le recourant avait déposé une première demande de prestations en date du 6 novembre 2002, que cette demande a fait l'objet d'une décision du 18 mai 2005, décision entrée en force en raison de l'absence de contestation et que le courrier adressé à l'OAI en septembre 2005 était considéré comme une nouvelle demande. En outre, les documents médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande permettaient d'attester d'une diminution de 50% de la capacité de travail à raison d'une nouvelle atteinte à la santé psychique, à compter du mois de mai 2004 et, considérant le délai de carence, le recourant ne pouvait prétendre à une demi-rente qu'à compter du 1<sup>er</sup> mai 2005. En conséquence, l'OAI concluait « au rejet du recours et à la modification de la décision du 3 avril 2009, en ce sens que le droit à la demi-rente prend naissance le 1<sup>er</sup> mai 2005, la rente étant suspendue du 1<sup>er</sup> février 2006 au 1<sup>er</sup> janvier 2008. »
33. Répondant à la prise de position de l'OAI, le recourant relève que l'intervention épistolaire de septembre 2005 devait être considérée comme une demande de révision de la décision du 18 mai 2005 et que la nouvelle décision devait s'inscrire comme une décision de révision de la décision précédente du 18 mai 2005 et définir les prestations auxquelles il avait droit depuis le 1<sup>er</sup> août 2002. De plus, insistant notamment sur son incapacité de travail totale dans la profession actuelle, le recourant persiste dans les conclusions de son recours et, en particulier, sur l'octroi d'une rente entière et définitive.
34. Dans sa duplique du 30 septembre 2009, l'OAI constate que l'écriture du 1<sup>er</sup> septembre 2009 du recourant n'est pas susceptible de modifier son appréciation du dossier et persiste intégralement dans les conclusions telles que formulées dans son préavis du 22 juin 2009.

35. Entendu en audience de comparution personnelle, le recourant confirme les conclusions de son recours et l'OAI confirme les conclusions du rejet du recours. De plus, le recourant relève qu'il a une importante perte de force ainsi qu'une perte de sensibilité du petit doigt. Il souffre également de vertiges et d'insomnies. Il éprouve aussi des troubles psychiatriques. En ce qui concerne l'accident du 17 septembre 2004, le recourant ne se souvient pas avoir eu un nouvel accident à cette date mais, en revanche, il se souvient avoir été emmené aux urgences par l'ambulance des pompiers puis s'être réveillé à Belle-Idée. Au sujet du stage proposé par l'AI, il relève qu'il était totalement inadapté à sa situation de santé compte tenu du fait qu'il avait des difficultés à utiliser son bras droit. Au bout de cinq jours, le responsable l'a renvoyé à la maison en raison des douleurs dont il souffrait (maux de tête, mal au bras).
36. A l'occasion d'une audience d'enquêtes du 24 juin 2010, le Tribunal a entendu le Dr I\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH médecine physique et rééducation. Le Dr I\_\_\_\_\_ qui suit le recourant depuis le mois de mai 2009 indique notamment « lors de la dernière consultation, qui a eu lieu le 4 juin 2010, M. M\_\_\_\_\_, souffrait de lombalgies et de douleurs au bras droit, ce qui constituait ses plaintes somatiques. En revanche, son état dépressif était présent lors de toutes ces consultations. M. M\_\_\_\_\_ me dit être suivi pour cet état dépressif par des instances compétentes. Les douleurs au bras droit, ainsi que l'état dépressif, ont toujours été présents à ma consultation et les lombalgies ont été rajoutées suite à l'agression de mai 2009. Tous les traitements entrepris (antalgiques et physiothérapie) constituent une procédure de soutien et ne permettront pas une guérison. (...) A la demande [du conseil du recourant], je précise que je ne peux pas me prononcer sur une augmentation de l'incapacité de travail de M. M\_\_\_\_\_ qui serait due aux lombalgies. Si M. M\_\_\_\_\_ est en mesure de s'accommoder des lombalgies dans sa vie de tous les jours, je ne peux me prononcer à ce sujet dans une situation d'activité. Seul le test de mise en situation pourrait permettre de définir le caractère invalidant des lombalgies. (...) En ce qui concerne le traitement des douleurs lombaires, j'ai prescrit un traitement ambulatoire normal (des antalgiques [Dafalgan 1 mg. à la demande], du Brufen et de la physiothérapie), mais je ne suis pas allé plus loin dans ce traitement. Au sujet des limitations fonctionnelles, je relève que M. M\_\_\_\_\_ n'est plus en mesure de travailler en qualité d'électricien et de porter des charges lourdes. En revanche, je pense une activité avec des positions alternées et de légères manipulations pourrait être envisagée, d'où l'intérêt du test que je préconisais ci-dessus. »
37. Lors de cette même audience, l'OAI insiste sur la qualité de l'enfant pour recourir dans la procédure en raison du fait qu'une procédure aurait dû être introduite par l'enfant représenté par sa mère et que cette procédure aurait pu être jointe à celle de Monsieur M\_\_\_\_\_. Il est encore précisé que pour éviter toute difficulté dans le cadre de la procédure en cours, il serait opportun que le recours de l'enfant soit

retiré puisque, de toute façon, l'issue de la procédure engagée par Monsieur M\_\_\_\_\_ aura des effets directs et indissociables sur la rente de l'enfant.

38. Par lettre du 9 juillet 2010, le recourant a sollicité l'audition du Dr J\_\_\_\_\_, médecin interne au service de psychiatrie des HUG, Consultation Jonction, mais y a finalement renoncé par courrier du 16 août 2010 (et non du 12 juillet 2010).
39. Interpellé au sujet du recours de l'enfant qui vit chez sa mère, contre la décision de rente complémentaire du 3 avril 2009, son Conseil informe, par courrier du 12 juillet 2010, qu'il ne se justifie pas de maintenir un recours de l'enfant dans la mesure où la modification de la décision principale quant à une augmentation de l'invalidité et de la rente aura des répercussions automatiques sur les rentes complémentaires et prie le tribunal de prendre acte dudit recours, l'affaire restant pendante uniquement au nom de Monsieur M\_\_\_\_\_.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse du 3 avril 2009, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à

l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

3. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
4. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
5. En outre, la Cour de céans a pris acte du retrait de l'enfant de la présente procédure en qualité de recourant et confirme que ledit recours reste pendant uniquement au nom de Monsieur M\_\_\_\_\_.
6. Est litigieux le droit du recourant à une augmentation de sa demi-rente d'invalidité à une rente entière.
7. 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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).
- b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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 352 consid. 3b/aa et les références).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). Compte tenu de la nécessité de clarifier des aspects médicaux, le Tribunal de céans a ordonné une expertise et mandaté le CEMED à cet effet.

Au sujet des expertises, la jurisprudence du Tribunal fédéral a précisé : « L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de

---

façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime » (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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

8. En l'occurrence, figurent au dossier notamment un certificat médical du Dr A \_\_\_\_\_, des rapports du Dr B \_\_\_\_\_ et du Dr C \_\_\_\_\_, du Dr D \_\_\_\_\_ ainsi que des rapports du SMR et l'expertise du Centre Universitaire de Médecine Légale, réalisée sur mandat de l'OAI, avec un complément d'expertise du 21 novembre 2008. Il convient de relever, en particulier, que le Dr B \_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, insiste sur l'incapacité de travail à 100% dès le 8 octobre 2001. De leur côté, les experts du Centre Universitaire de Médecine Légale concluent à une capacité de travail résiduelle de 50% sans diminution de rendement. Toutefois, cette expertise précise que, sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles orthopédiques sont du ressort d'un spécialiste. Conformément au contenu de l'avis médical du SMR, le Centre Universitaire de Médecine Légale s'est limité à procéder à une expertise psychiatrique laissant l'aspect somatique à un spécialiste.
9. Il sied de rappeler que, dans son avis médical du 24 octobre 2006, le SMR relevait en particulier que « Les renseignements médicaux sont insuffisants et il faut convoquer l'assuré pour un examen SMR rhumato-psy. » En outre, selon avis médical du 22 février 2008, le même SMR constatait que l'examen n'avait pas été possible et précisait « en remplacement, une expertise psychiatrique sera effectuée à l'institut universitaire de médecine légale (mandat à adresser au Dr. F \_\_\_\_\_,

chef de clinique). En plus du mandat habituel, l'expert nous renseignera sur la possibilité d'effectuer une expertise rhumatologique chez un expert indépendant (...) et si tel n'est pas le cas organisera dans un deuxième temps, une expertise rhumatologique dans le cadre des institutions ou de l'institut de médecine légale selon son appréciation. »

Dans son rapport du 15 janvier 2009, le SMR précise « Sur le plan somatique, les nouvelles atteintes n'ont pas de répercussion de longue durée sur l'exigibilité : une plaie à l'avant-bras D le 17.05.2004, ne l'empêchait pas de suivre la stage prévu, de l'avis du Dr B\_\_\_\_\_, MT ; une lombosciatalgie D en août - septembre 2004 n'a pas justifié d'investigations ; il a présenté une épicondylite. Le Dr E\_\_\_\_\_, neurologue, ne constate le 02.06.2005 qu'un déficit de pronation modéré au coude D et une hypoesthésie du territoire du brachial cutané externe. » Cependant, aucune expertise rhumatologique n'a été effectuée comme le préconisait l'avis médical du SMR du 22 février 2008 qui avait été discuté avec le Dr K\_\_\_\_\_ et le Dr L\_\_\_\_\_, médecins du SMR.

10. Pour sa part, l'OAI a notifié une décision sur la base des conclusions du SMR et d'une expertise psychiatrique. Cette décision se base donc sur l'aspect psychiatrique de la situation du recourant, sans examiner de façon complète le volet somatique.
11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGa), il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce; qu'elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation; que si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATFA non publié du 6 juillet 2007, U 316/2006, consid. 3.1.1); qu'en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4;
12. Par ailleurs selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire; qu'un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire; qu'il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un

renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206); qu'à l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

13. En l'espèce, il convient de constater que l'OAI a limité sa mission d'examen à l'aspect psychiatrique du recourant sans approfondir le volet somatique comme le mentionné le SMR à l'occasion de son avis médical du 22 février 2008. Il est donc pertinent d'inviter l'OAI à soumettre le recourant à un examen rhumatologique afin de déterminer l'éventuel caractère invalidant des douleurs somatiques.
14. Il convient donc de constater que la décision limitant les prestations à une demi-rente n'est pas fondée sur une situation médicale correctement investiguée. En l'état, la décision litigieuse sera annulée, le dossier renvoyé à l'administration pour nouvelle instruction, dans le sens d'un examen rhumatologique.
15. Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, le recourant a droit à des dépens pour autant que les chances de succès du procès le justifient (ATF 110 V 57 consid. 2a ; RCC 1989 p. 318 consid. 2b). Bien que l'intimé ne se soit pas déterminé sur un complément d'instruction, il convient de relever que cette lacune a incité le recourant à agir par voie de recours. Des dépens seront donc alloués au recourant à hauteur de 1'500 fr.
16. Il sera, en l'état, renoncé à la perception d'un émolument.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision litigieuse du 3 avril 2009
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de dépens
5. Renonce à la perception d'un émolument.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

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