

GE_GERICHTE ATAS/257/2017 vom 30. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_257_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/257/2017 du 30 mars 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/257/2017 del 30 marzo 2017

Erwägungen

E. 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.

E. 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 7ème jour avant Pâques au 7ème 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

A/1038/2016 - 15/25 - 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).

E. 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.

E. 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 (4ème révision), du 6 octobre 2005 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er 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 1er janvier 2003 est applicable, ainsi que la LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, la décision litigieuse

A/1038/2016 - 16/25 - datant de 2016, et l'aggravation de l'état de santé alléguée ayant débuté le 7 mai 2014.

E. 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

E. 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 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 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'impuissance 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 impuissance 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

A/1038/2016 - 18/25 - 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).

E. 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 1er 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

A/1038/2016 - 19/25 - 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).

E. 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).

E. 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

A/1038/2016 - 20/25 - 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).

A/1038/2016 - 21/25 - 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 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

E. 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).

E. 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 LPGA. 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

A/1038/2016 - 22/25 - 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

A/1038/2016 - 23/25 - 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).

A/1038/2016 - 24/25 -

E. 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.

E. 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 1er 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.

E. 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]).

A/1038/2016 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.