

## **GE\_GERICHTE A/2602/2010 vom 14. Juni 2011**

GE Cour de justice, 2011-06-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2602\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2602_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/2602/2010 du 14 juin 2011

IT: GE\_GERICHTE A/2602/2010 del 14 giugno 2011

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.06.2011  
A/2602/2010

A/2602/2010 ATAS/627/2011 du 14.06.2011 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2602/2010 ATAS/627/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 14 juin 2011 2ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci après l'assuré ou le recourant), né en 1956, mécanicien sur automobile, a déposé une demande de prestations d'invalidité le 9 mai 2003, motivée par un accident survenu en septembre 2002 ayant atteint l'épaule gauche. Les pièces du dossier communiqué par la SUVA à l'OAI en juin 2003 sont : a) le rapport de la SUVA du 12 septembre 2001, concernant un accident du 6 juillet 2001 : l'assuré a glissé, s'est accroché au bras du lift avec sa main gauche, a vrillé sur lui-même et a lâché en raison d'une douleur intense au bras gauche. Il a été en incapacité de travail du 10 juillet au 1 er août 2001 ; b) la déclaration d'accident du 20 septembre 2002 : l'assuré a reçu un panneau publicitaire dans le haut du dos et sur l'épaule gauche le 17 septembre 2002. Le rapport médical du Dr L\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2002 diagnostique une contusion de l'épaule gauche et indique une incapacité de travail de 100 % du 17 au 23 septembre, puis de 50 % du 24 septembre au 7 octobre 2002 ; c) le rapport médical du Dr M\_\_\_\_\_ du 29 novembre 2002, qui diagnostique une contusion de l'épaule gauche, mentionne la persistance des douleurs et de l'impotence fonctionnelle ; d) le rapport médical du Dr N\_\_\_\_\_, chirurgien de la main, du 12 décembre 2002, diagnostique des douleurs de nature indéterminée, post-traumatiques, de l'épaule gauche, des épicondylalgies gauches post-traumatiques, un syndrome du tunnel carpien gauche post-traumatique ; e) l'examen médical de l'agent de la SUVA du 27 mars 2003, qui mentionne la présence d'une capsulite rétractile, une capacité de travail de 50 % en temps ; f) le rapport médical du Dr O\_\_\_\_\_, qui diagnostique une épaule gelée post-traumatique. Selon le rapport médical du 22 août 2003 du Dr M\_\_\_\_\_, médecin interne, le diagnostic est une épaule gelée gauche post-traumatique depuis le 21 octobre 2002 et, sans répercussion sur la capacité de travail, un diabète de type I, polyneuropathie, HTA traitée. L'incapacité de travail est de 50 % depuis le 21 octobre 2002. Les pièces suivantes du dossier communiqué par la SUVA à l'OAI le 5 novembre 2003 sont : a) le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 22 août 2003, qui confirme son précédent rapport ; b) l'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA du 8 octobre 2003, qui indique que le status est superposable à celui décrit le 27 mars 2003, la mobilité de l'épaule gauche reste identique, fortement limitée par rapport à la droite, l'amélioration est toujours possible et elle n'est donc pas stabilisée, elle justifie une incapacité de travail partielle comme garagiste, selon le

Dr P \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique. c) le rapport du Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 21 octobre 2003, qui mentionne une épaule gelée post-traumatique, une évolution très lentement favorable ; Par plis du 5 novembre 2003 et du 21 janvier 2004, ainsi que le 8 mars 2004 et le 1<sup>er</sup> juillet 2004, la SUVA interpelle l'OAI pour connaître les mesures qu'elle entend prendre, au plus vite. Les pièces suivantes du dossier communiquées par la SUVA à l'OAI en mars et juillet 2004 sont : a) le rapport médical du Dr O \_\_\_\_\_ du 22 janvier 2004, qui confirme le diagnostic et indique que l'évolution de l'état de santé est stationnaire. b) le rapport d'examen du Dr P \_\_\_\_\_ du 3 mars 2004, qui précise que le patient déclare qu'il a eu besoin d'un soutien psychiatrique, en raison de la persistance du handicap, mais que le problème est amélioré. Le membre supérieur gauche présente une réduction globale de la mobilité, surtout au niveau scapulo-huméral, et une atrophie du deltoïde. L'assuré est un mécanicien automobile indépendant de 48 ans, dix-sept-mois après un accident, pour lequel une capsulite rétractile s'est développée, la réduction de la mobilité persiste à l'heure actuelle, avec une discrète amélioration depuis l'examen précédent. L'assuré propose de ne pas procéder à la clôture du cas. c) la comptabilité de la station-service/atelier de réparation de véhicules de l'assuré pour les années 2002 et 2003. d) le rapport médical du Dr O \_\_\_\_\_ du 10 mai 2004, qui confirme le diagnostic et indique une évolution très lente, l'incapacité de travail est toujours de 50 %. e) l'examen médical final du Dr P \_\_\_\_\_ du 20 août 2004, qui indique que le status est globalement superposable à celui de l'examen précédent et précise que deux ans après l'accident, une omarthrose est en train de se déplacer, l'épaule gauche reste douloureuse, mais le handicap le plus important est une réduction importante de la mobilité. Les activités difficiles ou impossibles sont celles qui demandent le travail à deux mains au-dessus du plan des épaules, qui demande de la rotation externe du membre supérieur gauche, des mouvements répétitifs en flexion ou en abduction de l'épaule gauche, les limites expliquent une réduction du rendement dans une activité professionnelle actuellement exercée à plein temps. f) le courrier de la SUVA à l'assuré du 2 septembre 2004, qui confirme le versement d'une indemnité journalière jusqu'au 31 janvier 2005, sur la base d'une incapacité de travail de 60 %, des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité seront peut-être fixées dans l'intervalle. Selon l'avis du Service médical régional AI du 23 mars 2005, les limitations fonctionnelles qui ne concernent que le membre supérieur gauche devraient permettre une activité adaptée à un taux supérieur à 40 % et il convient de demander au Dr P \_\_\_\_\_ quelle est la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée, ce à quoi le Dr P \_\_\_\_\_ répond, le 19 avril 2005, qu'il ne sait pas ce qu'est une capacité de travail médico-théorique. Il estime que le patient, dans une activité ne comprenant pas les limites mentionnées, pourrait vraisemblablement travailler avec un horaire complet. Par décision du 22 janvier 2005, la SUVA alloue à l'assuré une rente d'invalidité de 30 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 20 %. Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2005, l'OAI refuse une rente d'invalidité, dès lors que la perte de gain engendrée par l'atteinte à la santé n'est que de 30 %. Par pli du 21 décembre 2005, l'assuré forme opposition à la décision de refus et fait valoir qu'il subit des douleurs dorsales qui ne sont pas liées à l'accident pris en charge par la SUVA. Le taux d'invalidité de 30% retenu par la SUVA était lié uniquement au problème de l'épaule gauche. Par pli du 23 décembre 2005, l'avocat de l'assuré indique que l'incapacité de gain de son client est supérieure à 60 % et qu'il est étonnant que l'assuré n'ait jamais été convoqué par l'Office AI. Par pli du 23 janvier 2006, l'avocat de l'assuré complète l'opposition formée le 21 décembre 2005 et fait valoir, notamment, que l'assuré

est atteint d'un état dépressif présent depuis 2002, traité par le Dr Q\_\_\_\_\_, psychiatre et d'un diabète insulino-dépendant, en sus des troubles somatiques déjà évoqués, dont la quasi perte de l'usage du membre supérieur gauche. Il conclut à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 60% à 69% dès le 13 avril 2004. Par pli du 2 juin 2006, l'avocat de l'assuré informe l'OAI que son client est hospitalisé depuis deux semaines. Selon le rapport médical de la Clinique genevoise de Montana du 20 juin 2006, l'assuré a séjourné du 18 mai au 8 juin 2006 dans la clinique pour un trouble de l'adaptation avec réponse dépressive, ainsi que diverses comorbidités (diabète de type I, HTA, dyslipidémie, douleurs à l'épaule gauche, syndrome dorso-vertébral). L'assuré a bénéficié d'entretiens réguliers avec le psychothérapeute, la thymie a connu une amélioration progressive. Le diabète déséquilibré a fait l'objet d'un bilan et d'une éducation thérapeutique. Selon un certificat médical du 26 janvier 2007 du Dr R\_\_\_\_\_, généraliste, l'assuré souffre de céphalées, diabète, contusions de l'épaule gauche, dépression nerveuse suivie par le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, arthrose, capsulite rétractile épaule droite (recte: gauche) omarthrose, arthrose acromonio-claviculaire, etc. Selon l'avis médical du SMR du 9 août 2007, le diabète justifie les limitations fonctionnelles suivantes : travail selon un horaire régulier, permettant un respect de l'horaire des repas, diminution de rendement n'atteignant pas 20 % possible en raison des contrôles de la glycémie et des injections d'insuline. Le diabète n'entraîne pas d'incapacité de travail de longue durée. Le trouble de l'adaptation est décrit comme un état dépressif léger qui, en raison de sa faible gravité, ne justifie pas d'incapacité de travail. La capacité de travail est de plus de 80 % dans une activité adaptée. La pathologie dépressive est possible au vu du traitement psychiatrique depuis deux ans de sorte qu'il faut obtenir un rapport médical détaillé du psychiatre traitant. Par pli du 9 octobre 2007, l'assuré produit ses bilans et comptes de pertes et profits pour les années 2005 et 2006. Le rapport médical du Dr S\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2007 mentionne comme diagnostic principal un trouble de l'adaptation avec réponse dépressive (F43.21), des algies à l'épaule gauche avec limitations fonctionnelles et un syndrome de l'épaule gelée gauche post-traumatique M75.0, ainsi que diverses comorbidités, dont le diabète, HTA, syndrome dorso-vertébral. Il traite le patient depuis le 6 mars 2006. Il y a une importante impotence partielle de l'épaule gauche, avec une diminution de rendement et de performances, le tableau clinique étant caractérisé par les éléments suivants: dysphorie, dysthymie, ruminations mentales, fatigabilité quasi constante, sommeil désorganisé et cauchemars. La répercussion sur l'activité est une diminution de rendement et de performance, de 60 % sur un plein temps, l'activité est encore exigible à 40 %. Le rapport complémentaire du Dr S\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2007 précise que le patient souffre de trouble de l'humeur organique avec atteinte physique et modification du schéma corporel (CIM10 F06.3), la médication est détaillée, dont du Lexotanil. L'assuré transmet le 10 mars 2008 sa comptabilité de l'exercice 2007. Par pli du 5 avril 2008, la Nationale Suisse, assurance-maladie collective de l'assuré, transmet son dossier à l'OAI, à savoir : a) les décomptes d'indemnités journalières à 100 % du 1 er juin 2006 au 30 novembre 2006, puis à 60 % du 1 er décembre 2006 au 29 février 2008. b) le rapport d'expertise psychiatrique du Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, du 21 août 2006, qui pose un diagnostic principal de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, en rémission (F43.22) et divers diagnostics somatiques. L'assuré prend un somnifère le soir et un tranquillisant chaque jour. L'expert ne se prononce pas sur la capacité de travail, mais indique que l'état psychique du patient demeure fragile. L'assuré pense qu'une reprise de travail peut être envisagée à partir du 1 er octobre 2006, à voir avec son psychiatre traitant

pour une reprise progressive jusqu'à 100 %. c) l'attestation médicale du Dr S\_\_\_\_\_ du 11 mai 2007, qui note une amélioration relative, un pronostic favorable, un état de santé en voie de stabilisation et une capacité de travail de 40 %. Selon l'avis médical du SMR du 28 avril 2008, les dorsalgies n'ont pas été investiguées. Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas lieu d'investiguer davantage, dès lors que le Dr T\_\_\_\_\_ a confirmé par téléphone à l'assurance perte de gain que l'assuré ne souffre pas de problèmes psychiatriques. Selon le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante de l'OAI du 6 mai 2008, l'assuré exploite en raison individuelle une station-service avec atelier de réparation pour voitures automobiles légères. Avant l'atteinte à la santé, l'assuré travaillait de 7h00 à 18h00 avec une pause de une heure et demie à midi, et cela cinq jours par semaine. La répartition des travaux lourds et légers, avant l'atteinte à la santé, est estimée à 50 % - 50 %. Depuis l'accident, l'assuré ne peut plus lever normalement le bras gauche et les travaux de mécanique dits lourds sont confiés à un autre garage. L'assuré a diminué son temps de travail et essaie de regrouper ses travaux sur une matinée. Il est en général présent de 7h45 à 13h30-14h00, mais il lui arrive de travailler jusqu'à 18h00 si son état de santé le lui permet. La comparaison des champs d'activité pour le métier de mécanicien sur automobiles prévoit une pondération, sans handicap, à raison de 10 % pour les travaux de direction, 10 % pour la distribution de carburant, 40 % pour les travaux de mécanique légers et 40 % pour les travaux de mécanique lourds. Le taux d'incapacité est de 0 % pour la direction, 0 % pour la distribution de carburant, 10 % pour les travaux de mécanique légers et 100 % pour les travaux de mécanique lourds, ce qui, additionné, implique une incapacité de travail pondérée de 44 %. Au niveau des revenus, l'assuré réalisait avant l'invalidité, de 1999 à 2001, des revenus assez stables allant de 45'000 fr. à 48'000 fr., soit un bénéfice net moyen de 47'154 fr. Depuis l'accident, l'assuré a réalisé un bénéfice net de 12'300 fr. en 2003, 25'800 fr. en 2004, 16'900 fr. en 2005, soit une moyenne de 18'398 fr. impliquant une baisse de 61 %. En 2006, l'entreprise a dégagé une perte de 8'000 fr. en raison d'une absence de longue durée de 100 % suite à une aggravation de l'état de santé de l'assuré qui a réalisé, en 2007, un revenu minime de 1'945 fr. Dans un premier temps, le préjudice économique a été de 65 % ; suite à l'aggravation de l'état de santé, le préjudice est total en 2006 et de 96 % en 2007. L'assuré a été soumis à une expertise médicale mono-disciplinaire auprès du Bureau romand d'expertise médicale (BREM), effectuée par la Dresse U\_\_\_\_\_, rhumatologue. Le rapport d'expertise médicale du 25 août 2008 est fondé sur un examen clinique, le dossier AI, le dossier radiologique et un entretien téléphonique avec le Dr S\_\_\_\_\_. Il contient un résumé de tous les documents à disposition, une anamnèse sociale, familiale, professionnelle, d'évolution de la maladie assez complète. S'agissant des données subjectives de l'assuré, il se plaint de douleurs à l'épaule gauche lorsqu'il prend des charges en élévation, une perte de force. L'assuré n'est pas plaintif et il indique que pour le dos, "c'est bon actuellement". Le diabète est bien contrôlé. Sur la base de l'examen clinique et radiologique, l'expert diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, des séquelles fonctionnelles et omarthrose gauche débutante après capsulite d'épaule gauche post-contusionnelle et après luxation de l'épaule gauche et fracture de la clavicule gauche, un diabète de type I, avec rétinopathie, polyneuropathie sensitive des MI, une spondylose sur séquelles de maladie de Scheuermann, des séquelles douloureuses de fractures costales. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont HTA traitée, syndrome du tunnel carpien. Du point de vue physique, l'assuré doit éviter le travail au-dessus de l'horizontale pour l'épaule gauche et toute activité en force ou répétitive du membre supérieur gauche, éviter les engins à vibrations, la position assise prolongée, les sols

instables et glissants, les échelles, escabeaux, les horaires irréguliers, les changements de lieux et de régime pour le diabète. Du point de vue psychique et mental, il existe une fragilité d'ordre psychologique chez cet assuré, dont le garage constitue un élément de stabilité, l'idée de changer d'activité paraît le décompenser au risque de provoquer une incapacité de travail plus importante. Il a présenté un état dépressif suite au premier contact où une réadaptation lui a été proposée. L'évolution psychique n'a pas été celle pronostiquée par l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ et il serait judicieux de faire le point de la situation psychiatrique auprès de cet expert, ainsi que des médecins traitants. La capacité résiduelle de travail est de 40 % sur une pleine journée dans son garage, où il a adapté les gestes et les réparations en fonction de l'aptitude résiduelle de son épaule gauche. Il n'est pas exclu que le patient puisse recouvrer à terme un rendement de 50 %. L'atteinte dorsale, costale et le diabète sont pris en compte dans la diminution de la capacité de travail de 60 %. Celle-ci date de 2002. Les mesures de réadaptation professionnelle semblent difficiles, le patient étant angoissé à l'idée d'un tel changement. D'autres activités sont exigibles de la part de l'assuré. Du point de vue somatique strict, une autre activité pourrait être exercée à 80 %, mais il faut admettre une fatigabilité liée au diabète et au traitement médicamenteux. Est joint au rapport d'expertise le rapport des radiographies effectuées. Selon l'avis du SMR du 9 septembre 2008, l'assuré présente une capacité de travail de 40 % comme garagiste et de 80 % dans un autre poste mieux adapté. Il y a un problème d'anxiété pour un changement d'activité. Il est inutile de poursuivre les investigations. Les pièces du dossier communiquées par la SUVA à l'OAI en mars 2009 sont : a) le rapport de l'inspecteur B\_\_\_\_\_ de la SUVA du 23 février 2009, suite à l'entretien du jour avec l'assuré, selon lequel l'assuré est tombé le 28 décembre 2008 sur la hanche droite. Il a été hospitalisé du 28 décembre 2008 au 5 janvier 2009 et opéré le 29 décembre 2008 (pose d'une prothèse totale de la hanche droite). Le formulaire de demande AI est rempli par l'assuré en compagnie de l'inspecteur. b) Le compte-rendu opératoire et le résumé de l'observation du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) indiquant une fracture garden 4 du col fémoral droit avec fracture céphalique, décrit l'opération effectuée, la rééducation à la marche se fera en charge en fonction des douleurs. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 23 février 2009 suite à la fracture à la hanche droite de décembre 2008. Les pièces du dossier communiquées par la SUVA à l'OAI en mars 2010 sont : a) les certificats médicaux d'arrêt de travail des HUG, de 100 % depuis le 28 décembre 2008, 90 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2009 ; b) divers rapports médicaux intermédiaires des HUG, qui font état d'une bonne évolution et d'une reprise possible du travail à 100 % dès le 4 décembre 2009 ; c) le compte-rendu d'un entretien du 18 janvier 2010, lors duquel l'assuré indique qu'il lui est impossible d'avoir un rendement à 100 %, malgré le certificat médical de reprise des HUG, car il est limité dans ses mouvements avec la prothèse, et de plus il ressent des problèmes au genou. Dans tous les cas, il bénéficie déjà d'une rente pour son épaule gauche ; d) le rapport médical du Dr V\_\_\_\_\_, rhumatologue, confirmant une lésion de grade 2 de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, une arthroscopie se justifie ; e) l'examen médical final du Dr W\_\_\_\_\_, chirurgien, médecin d'arrondissement de la SUVA, du 23 février 2010, la capacité de travail est totale, si l'on tient compte des restrictions, soit pas de port de charges supérieures à quinze kilos, pas de travaux à genoux ou accroupi, pas d'utilisation d'escaliers ou d'échelles à répétition, pas d'activité en terrain inégal ou incliné, ainsi que les limitations liées aux séquelles à l'épaule gauche. L'atteinte à l'intégrité est estimée à 20 % ; f) le courrier de la SUVA à l'assuré du 12 mars 2010, confirmant le versement de

l'indemnité journalière à 50 % jusqu'au 30 avril 2010, l'examen d'une invalidité partielle au-delà. Selon l'avis du SMR du 29 mars 2010, les conclusions globales du SMR du 9 septembre 2008 sont toujours valables. L'activité antérieure à 100 % peut être reprise dès le 4 décembre 2009. L'assuré transmet le 10 juin 2010 sa comptabilité des exercices 2008 et 2009, précisant qu'il subvient à ses besoins grâce à la rente de la SUVA de 1'080 fr. par mois. Selon le rapport du service extérieur des indépendants de l'OAI, le revenu sans invalidité de l'assuré, fondé sur la moyenne des revenus de 1999 à 2001, indexé à 2003, est de 53'038 fr. Le revenu d'invalidité de l'assuré est fondé sur l'avis du SMR, qui estime que l'assuré a une capacité de travail résiduelle de 80 %, et de 40 % dans son activité habituelle. Se fondant sur ESS 2004, TA1, tous secteurs confondus, niveau 4, avec une réduction de 15 % compte tenu de son âge et du fait qu'il exerce une activité indépendante depuis plus de vingt ans, le revenu d'invalidité est de 38'693 fr. Il en résulte une perte de gain et un taux d'invalidité de 27 %. Par décision sur opposition du 25 juin 2010, l'OAI rejette l'opposition de l'assuré, sur la base de l'avis du SMR et du calcul du taux d'invalidité, l'opposition ayant porté sur la non-prise en compte des douleurs dorsales, dès lors que sur le plan psychiatrique, il n'y a pas lieu d'investiguer davantage. La décision précise que l'atteinte à la santé ayant motivé la nouvelle demande du 5 mars 2009 fera l'objet d'une décision séparée. Par acte du 27 juillet 2010, l'assuré forme recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurance sociales de la Cour de justice depuis le 1 er janvier 2011) contre la décision sur opposition et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1 er mai 2003. Il fait valoir que l'aspect psychiatrique n'a pas été suffisamment investigué et pris en compte dans le taux d'incapacité de travail retenu par l'OAI. Il conteste également le calcul du revenu d'invalidité, l'abattement doit être de 20% compte tenu de l'âge de l'assuré, de son état de santé et du fait qu'il exerce le même métier indépendant depuis 20 ans. Par pli du 26 août 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et précise que l'aspect psychiatrique a été longuement et précisément motivé par les divers rapports des Drs T\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_ et du SMR. Il en résulte que l'assuré ne présente pas d'affection psychiatrique invalidante, mais d'un trouble de l'humeur réactionnel de faible gravité. L'OAI estime de surcroît être resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 15% sur le salaire d'invalidité. Pour le surplus, l'accident du 28 décembre 2008 et sa prise en compte par la SUVA ne peut pas motiver une décision concernant une période antérieure et cette nouvelle atteinte ne pouvait pas être traitée dans le cadre de la décision sur opposition contestée. Par pli du 2 septembre 2010, l'OAI a transmis au Tribunal copie d'une nouvelle demande de prestation d'invalidité déposée par l'assuré le 18 août 2010, suite à un nouvel accident intervenu le 5 août 2010, ainsi que diverses pièces du dossier de la SUVA, mais fait valoir que les faits étant postérieurs à la décision attaquée, ils échappent à l'objet du litige. Par pli du 26 octobre 2010, l'assuré réplique en faisant valoir que le rapport du BREM qui n'évalue pas son état psychique note toutefois une évolution défavorable de la situation depuis l'avis du Dr T\_\_\_\_\_, l'expert du BREM ayant suggéré une nouvelle évaluation psychiatrique. Or l'OAI a jugé cette réévaluation inutile, se basant sur le premier rapport du Dr T\_\_\_\_\_ de 2006, confirmé par téléphone, alors qu'il s'agit de connaître l'évolution entre 2006 et 2008. Le suivi régulier depuis 2002 confirme que son état de santé psychique implique une incapacité de travail. Bien qu'il s'agisse d'éléments nouveaux, les accidents de janvier 2009 et août 2010 doivent être mentionnés car ils justifient une augmentation de la rente d'invalidité de la SUVA de 30% à 50%. Par pli du 22 novembre 2010, l'OAI persiste à conclure au rejet du recours, motif pris qu'aucun avis autorisé ultérieur n'apporte d'indice à une aggravation de l'état de

santé de l'assuré ultérieur à 2006, les médecins traitants n'ayant fait état d'aucun élément objectivement vérifiable ignoré dans le cadre de l'évaluation et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions des experts et médecins du SMR. Lors de l'audience du 11 janvier 2011, l'assuré confirme qu'il est indépendant depuis 1990, exploitant un garage pour voitures. Le premier accident de 2001 est celui lors duquel un panneau est tombé sur son épaule. Le second accident de 2002 a eu lieu en raison de l'absence de mobilité et de l'impotence de l'épaule gauche. L'assuré est tombé, il s'est accroché au lift, a tourné sur lui-même et a dû lâcher la main gauche, de sorte qu'il est tombé sur le dos. Son psychiatre l'a envoyé à Montana et c'est lors de l'examen médical d'entrée qu'il a été constaté que trois côtes étaient cassées. C'est la succession des accidents qu'il a subis qui a eu des conséquences au niveau du dos et des cervicales. L'assuré mentionne aussi qu'il s'est senti coupable d'avoir eu tous ces accidents, ce qui a entraîné des conséquences au niveau psychique. Jusqu'en 2006 sauf erreur, il a réussi à travailler à temps partiel dans son garage, puis il a subi un nouvel accident et la pose d'une prothèse à la hanche droite. Le 5 août 2010, il a à nouveau été accidenté et s'est cassé le col du fémur gauche. Des plaques et des vis ont été posées. Rapidement après les premiers accidents, il a consulté un psychiatre, suivi par le Dr S\_\_\_\_\_, qui a pris sa retraite et actuellement, par le Dr E\_\_\_\_\_, à raison d'une fois tous les quinze jours et qui prescrit de la Fluoxétine. La Dresse F\_\_\_\_\_, également psychiatre, pratique de l'autohypnose, dans le but de contrôler la douleur, car il ne supporte plus, du point de vue de l'estomac, les nombreux antalgiques qu'il doit prendre. Le conseil de l'assuré précise que son client fait valoir que son état psychique n'a pas été correctement pris en compte, en particulier l'aggravation de cet état depuis 2006. De même que son état de santé somatique, dès lors que l'OAI a uniquement tenu compte de l'impotence de l'épaule gauche, alors que divers rapports médicaux font état de conséquences sur le dos et les cervicales des accidents successifs en plus de leurs effets sur l'épaule gauche. Le représentant de l'OAI explique que l'aggravation de l'état psychiatrique invoquée par l'assuré est contestée, dès lors que l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ date d'août 2006, soit après l'aggravation, et que le Dr S\_\_\_\_\_ fait état courant 2007 d'une amélioration de l'état de santé de son patient. A moins donc qu'un médecin psychiatre, qui suivait l'assuré entre 2006 et 2008, n'atteste d'une aggravation, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise, qui ne pourrait se faire que sur dossier. Le diabète et les dorsalgies ont été pris en compte par le SMR, qui s'est fondé sur le rapport de la Dresse U\_\_\_\_\_ et des autres éléments du dossier. Il relève que le Dr S\_\_\_\_\_ a rédigé plusieurs rapports médicaux, dont trois en 2007, qui font état de diagnostics différents et d'appréciations très différentes à peu de semaines d'intervalle. A l'issue de l'audience, la Cour impartit un délai à l'assuré pour produire les rapports médicaux de ses médecins traitants. A sa demande, le délai a été prolongé et il a produit deux attestations médicales les 3 et 22 mars 2011. Selon l'attestation du 1<sup>er</sup> mars 2011 du Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre, l'assuré bénéficie d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier auprès de lui-même et de Madame F\_\_\_\_\_, psychologue, depuis le 20 octobre 2010, pour un épisode dépressif majeur récurrent, d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques. Il s'agit actuellement du premier épisode dépressif d'intensité sévère, alors que le patient avait déjà eu trois épisodes dépressifs auparavant : un épisode dépressif moyen en 1993 suite à la séparation de son épouse et deux autres épisodes dépressifs légers en 2004 (suite à une fracture) et en 2008 (suite à une fracture du fémur et la mise en place d'une prothèse de la hanche droite). Le patient souffre de tristesse, anhédonie, fatigue, troubles du sommeil et de l'appétit, troubles de la concentration invalidants, mauvaise

estime de soi, culpabilité, crises d'angoisse sévères et idées hétéro-agressives entrecoupées de moments d'idées de mort passives. Malgré une diminution des idées de mort de l'anhédonie et de la tristesse, son état de santé psychique reste actuellement préoccupant et son incapacité de travail est totale depuis octobre 2010, essentiellement en raison des troubles de la concentration et des idées hétéro-agressives. Le Dr G\_\_\_\_\_, généraliste, atteste le 11 mars 2011 que son patient souffre d'un état dépressif majeur, une périarthrite de l'épaule gauche, un status post-arthro-plastie totale de la hanche droite, un status post-ostéosynthèse après fracture du col fémoral gauche; de dorsaux-lombalgies chroniques; de névralgies intercostales chroniques post-fractures; d'un diabète insulino-dépendant type II et d'hypertension artérielle. Depuis quelques mois, l'état psychique de l'assuré s'est nettement péjoré. Cette évolution est liée à d'importantes douleurs et limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule gauche, suite à une capsulite rétractile développée après l'accident en 2001 et à la périarthrite avec de multiples calcifications, cette symptomatologie handicapant de façon importante le patient. Les douleurs dorsaux-lombaires et intercostales apparues après les troubles statiques du bassin sont générées par les fractures du col fémoral de 2009 et 2010. Les multiples traitements entrepris (physiothérapie, réflexologie, antalgiques, repos) n'ont donné que des améliorations transitoires. L'assuré continue à présenter une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche d'au moins 50%, les douleurs antérieures se sont aggravées suite aux fractures du col fémoral et sont de nature à entraîner des limitations fonctionnelles importantes. Le médecin estime sa capacité de travail actuelle comme étant nulle dans son activité habituelle, en tenant compte de son âge, des problèmes psychiques et de son niveau socioculturel, il pense qu'une reconversion dans une autre profession serait illusoire. Par pli du 12 avril 2011, l'OAI persiste dans ses conclusions visant au rejet du recours, fait grief à la Cour d'avoir "suggéré au recourant de consulter un spécialiste en rapport avec le handicap psychique qu'il allègue", estimant que les rapports médicaux produits ne font manifestement état d'aucun élément objectif, antérieur ou contemporain à la décision litigieuse qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions des experts et du SMR. L'OAI joint à son courrier l'avis du SMR du 5 avril 2011, de la Dresse H\_\_\_\_\_ qui confirme que le SMR s'est aligné sur les capacités de travail retenues par la Dresse U\_\_\_\_\_, sur le plan somatique. Sur le plan psychique, l'aggravation mentionnée par le Dr E\_\_\_\_\_ est postérieure et probablement réactionnelle à la décision de refus de prestations, dans une situation de troubles psychiques non stabilisés, qu'il convient de réévaluer d'ici trois à six mois, dès lors qu'un tel trouble dépressif réactionnel s'amende généralement entre 6 et 12 mois. Par pli du 18 avril 2011, le conseil de l'assuré cite les deux rapports médicaux produits et fait valoir que l'avis du médecin psychiatre s'oppose formellement à l'avis de l'OAI qui n'a pas instruit le volet psychiatrique et a conclu de manière prématurée, à l'absence d'atteinte psychiatrique. De même, l'office intimé est passé outre les conseils de l'expertise du BREM, qui suggérait de compléter l'aspect psychiatrique du cas. Il se justifie ainsi d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, qui pourra se faire sur la base des pièces médicales établies entre 2006 et 2008, mais également sur la base d'un entretien avec le Dr S\_\_\_\_\_, bien que ce dernier n'exerce plus. Par pli du 23 mai 2011, le conseil de l'assuré a sollicité l'ouverture d'enquêtes et la Cour a informé les parties le 26 mai 2011 que la cause était gardée à juger. EN DROIT 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. 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. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2003, et plus précisément dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003, l'incapacité de travail datant de septembre 2002, doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et de la LAI en vigueur au 31 décembre 2003 (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329 ). En revanche, des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, entrées en vigueur en date du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et celles consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne sont pas applicables en vertu du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, sous réserve de l'examen de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré après le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement après le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité depuis septembre 2003, singulièrement sur la prise en compte de l'état de santé du recourant après la décision du 1<sup>er</sup> décembre 2005, notamment l'aggravation alléguée suite à l'accident de 2008. a) Aux termes de 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. b) Aux termes de l'art. 4 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1<sup>er</sup> ). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa version en vigueur avant la 5<sup>e</sup> révision de la loi, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une

incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). L'art. 8 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 prescrit que l'assuré menacé d'invalidité a droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer sa capacité de gain. Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 er LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1 er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). c) Selon l'art. 28 al. 1 er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1 bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. a) Au sujet de l'évaluation de l'invalidité on rappellera que, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). b) Lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus provenant d'une activité lucrative, il faut appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (ATF 128 V 30 consid. 1). Selon cette méthode, on commence par déterminer, sur la base d'une comparaison des activités, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 p. 122 consid. 1a et p. 257 consid. 2b). c) Selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise artisanale avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs (étrangers à l'invalidité) et celle qui revient à

la propre prestation de travail de l'assuré (VSI 1998 p. 124 consid. 2c et p. 259 consid. 4a).

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274). Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle.

Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (ATF 113 V 22 consid. 4d p. 32; MARC HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172 sv.). Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt 9C\_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail

résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt I 840/81 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246; voir également arrêt 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4).

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007 , consid. 2.1).

a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut en principe pas être prononcé (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; 119 Ib 33 consid. 1b p. 36 et les références). Selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). En l'espèce, il faut en préambule relever que la Cour n'a pas, lors de l'audience du 11 janvier 2011, suggéré à l'assuré de consulter un psychiatre, étant précisé qu'il était déjà suivi depuis octobre 2010, mais lui a fixé un délai pour produire une attestation médicale de son médecin. La remarque du SMR à ce propos, reprise par l'OAI, est non seulement erronée, mais également déplacée.

a) Lors de son opposition à la décision

du 1<sup>er</sup> décembre 2005, l'assuré a fait valoir que les douleurs dorsales, mais aussi l'état dépressif présent depuis 2002 et le diabète insulino-dépendant n'avaient pas été pris en compte dans la décision de l'OAI, calquée sur celle de la SUVA laquelle est uniquement motivée par les conséquences sur l'épaule gauche de l'accident de 2002. S'agissant de l'objet du litige, force est de constater que, bien que la décision du 1<sup>er</sup> décembre 2005 concerne par définition l'état de santé antérieur de l'assuré, l'instruction effectuée suite à l'opposition a aussi porté sur l'évolution de cet état de santé. La décision sur opposition du 25 juin 2010 précise que l'opposition porte sur la non prise en compte des douleurs dorsales, "puisque sur le plan psychique, il n'y a pas lieu d'investiguer d'avantage". Cela étant, dans son préavis du 26 août 2010, l'OAI indique que le volet psychiatrique a été instruit de manière exhaustive. Par contre, la décision sur opposition exclut clairement de son champ d'examen l'aggravation de l'état de santé suite à l'accident de décembre 2008, une décision séparée étant prévue suite à la nouvelle demande déposée par l'assuré en février 2009. Compte tenu de ce qui précède et en application de la jurisprudence, la Cour limitera son examen à l'objet du litige circonscrit par la décision sur opposition, laquelle a étendu cet examen à l'état de santé de l'assuré de 2002 à fin 2008 et ses conséquences sur sa capacité de gain. b)

L'expertise du BREM du 25 août 2008 est probante. Elle est fondée sur un examen clinique, le dossier médical, y compris radiologique et elle tient compte des plaintes du patient. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Elles sont d'ailleurs conformes à celle des médecins de la SUVA. L'expert retient que l'atteinte à l'épaule gauche limite la capacité de travail de l'assuré dans son activité à 40% depuis 2002, l'évaluation tenant compte de l'atteinte dorsale et du diabète. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (pour le bras gauche: pas de travail au dessus de l'horizontale, pas d'activité de force ou de gestes répétitifs, et en général: pas de travail en position assise prolongée, ni sur sols instables, glissants ou sur escabeaux; s'agissant du diabète: pas d'horaires irréguliers, changements de lieu ou de régime), la capacité est de 80% du point de vue somatique strict, mais il faut encore tenir compte de la fatigabilité liée au traitement et au diabète. L'expert relève que le pronostic favorable émis par le Dr T\_\_\_\_\_ en août 2006 ne s'est pas vérifié, l'équilibre psychique de l'assuré étant lié à son garage, élément de stabilité, de sorte que l'évolution de la situation psychiatrique doit être examinée. Du point de vue somatique, l'OAI n'a pas tenu compte de la diminution de rendement liée au diabète pourtant relevée par l'expert et admise sur le principe par le SMR (avis du 9 août 2007) mais qui l'inclut à tort dans l'incapacité de travail de 20%. Du point de vue psychique, l'examen de l'ensemble des pièces médicales du dossier permet de retenir que l'assuré ne souffrait pas, entre 2002 et fin 2008, d'une affection invalidante. En premier lieu, aucun rapport médical du Dr Q\_\_\_\_\_, qui aurait été le psychiatre traitant de l'assuré depuis 2002 n'a été produit et ce malgré plusieurs courriers de relance de l'OAI à ce médecin. En deuxième lieu, l'assuré a été régulièrement suivi depuis mars 2006 seulement, soit après la décision du 1<sup>er</sup> décembre 2005 et le Dr S\_\_\_\_\_ retient, en janvier 2007, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réponse dépressive et atteste en mai 2007 d'une amélioration relative de l'état de santé et d'un pronostic favorable. En troisième lieu, l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ d'août 2006 retient un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, en rémission, n'entraînant plus de diminution de la capacité de gain. Bien que l'état psychique du patient reste fragile, une reprise à 100% devrait être possible progressivement dès octobre 2006. En quatrième lieu, la clinique de Montana atteste en juin 2006 que l'état thymique de l'assuré s'est amélioré après deux semaines d'hospitalisation. C'est ainsi sur la base de l'ensemble des documents médicaux que le SMR a estimé que l'état dépressif léger

et réactionnel de l'assuré ne justifiait pas d'incapacité de travail durable. Il s'avère, suite à l'instruction ordonnée par la Cour, que le psychiatre actuel de l'assuré estime qu'avant le premier épisode dépressif sévère de 2010, son patient a connu un épisode moyen (1993: suite à une séparation) et deux épisodes légers (2004 et 2008: suite aux accidents). Ainsi, du point de vue psychique, il s'avère que l'assuré a effectivement souffert d'un état dépressif léger à moyen, réactionnel aux accidents subis, fluctuant selon les périodes, mais dont l'intensité et surtout la durée (incapacité de travail à 100% du 1<sup>er</sup> juin au 30 novembre 2006) ne sont pas suffisants pour justifier une incapacité de travail durable et, dès lors relever de l'assurance invalidité. Ainsi, l'aggravation durable de l'état psychique de l'assuré postérieure à 2006 alléguée par le conseil de celui-ci n'est pas établie. La Cour retient donc comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré disposait, de septembre 2003 à fin 2008 d'une capacité de travail de 40% dans son activité et de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. S'agissant de la fatigue liée au diabète, à la médication, mais également à la dépression relevée, elle aurait dû être prise en compte par l'OAI, au titre d'une diminution de rendement, car elle n'est pas incluse dans le taux de 80% retenu par l'expert du BREM, ni dans l'évaluation de la SUVA. D'ailleurs, l'évaluation de la capacité de travail mais aussi de la diminution de rendement doivent être effectués globalement, en tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, y compris des conséquences de l'état dépressif léger à moyen (fatigue, ruminations, troubles du sommeil retenus par le Dr S\_\_\_\_\_ en 2007), même si le trouble psychique ne justifie pas, à lui seul, une incapacité de travail. L'abattement de 15% en raison de l'âge de l'assuré et du nombre d'année d'activité indépendante (20 ans) reste dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'OAI, et l'on peut admettre qu'il tient également compte de l'impotence du membre supérieur gauche. c) S'agissant du taux d'invalidité, il aurait dû être fixé en 2005 après détermination concrète de l'activité adaptée exigible, fondée sur les conclusions d'une mesure de réadaptation professionnelle, dès lors qu'il semble exigible selon la jurisprudence que l'assuré abandonne son activité indépendante au vu de la capacité de travail réduite (40%) et des résultats d'exploitation diminués (47'000 fr. en moyenne de 1999 à 2001 et 18'000 fr. en moyenne de 2003 à 2005) par rapport à sa capacité de travail (80%) et de gain théorique dans un emploi salarié. D'ailleurs, la SUVA a relancé à de nombreuses reprises l'OAI pour connaître ses intentions à ce sujet, en particulier en septembre 2004, le cas étant stabilisé du point de vue médical, lorsqu'elle a annoncé qu'elle versait des indemnités journalières jusqu'en janvier 2005, avant de statuer sur la rente, afin que l'assuré dispose du temps pour trouver un poste adapté, avec le concours des mesures de réadaptation de l'OAI. Le taux d'invalidité retenu en janvier 2005 de 30% ouvrait le cas échéant le droit à un reclassement, et en tout cas une réorientation. La question de l'exigibilité médicale d'une mesure de réadaptation a encore été posée par le service compétent de l'OAI en 2008 mais est restée sans réponse. Ensuite et au vu de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis fin 2008 et courant 2010, que ce soit du point de vue somatique ou psychique, une mesure de réadaptation n'est vraisemblablement actuellement plus exigible de sorte que cette question devient sans objet. De plus, le garage de l'assuré étant un facteur de stabilité au dire de l'expert du BREM, il est possible qu'une mesure de réadaptation, sous la forme d'une réorientation, ait été vouée à l'échec, voire ait causé une aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré. A défaut de réadaptation et de détermination de la capacité de gain concrète de l'assuré, l'OAI s'est fondé sur le salaire ressortant la ligne "total" du TA 1 des ESS, estimant ainsi que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient compatibles avec une partie des métiers regroupés. D'une part, cela n'est

pas certain, au vu de l'importance de l'impotence du membre supérieur gauche de l'assuré, mais aussi des autres limitations liées au diabète et il convient de déterminer plus précisément quelles activités sont adaptées à l'état de santé de l'assuré entre 2002 et 2008. D'autre part, en fonction de la diminution de rendement médicalement retenue, l'issue de la procédure est notablement affectée. En effet, sur la base des salaires avec et sans invalidité retenus par l'OAI, le taux d'invalidité en 2003 est de 36%, si l'on retient une diminution de rendement de 10% (a) et de 45% si l'on retient une diminution de rendement de 20% (b), ce qui ouvrirait alors le droit à un quart de rente d'invalidité dès septembre 2003, selon les calculs suivant: - revenu sans invalidité : 53'038 fr.(moyenne des bénéficiaires de 1999 à 2001 réévalué à 2003) - a) revenu d'invalidité: [56'902 fr. x 70% (80%./10%)] ./ 15% = 33'857 fr. - b) revenu d'invalidité: [56'902 fr. x 60% (80%./20%)] ./ 15% = 29'020 fr. Dès lors que ces questions d'ordre médical et de réadaptation sont essentielles, une instruction complémentaire est indispensable. Certes, la Cour pourrait ordonner une expertise, qui porterait toutefois seulement sur la période de 2002 à fin 2008, objet de la présente cause. Or, dans la mesure où l'aggravation de l'état de santé de l'assuré suite aux accidents de fin 2008 et de 2010 a déjà été annoncée à l'OAI, qu'une partie de l'instruction a été effectuée par celle-ci et que l'avis des médecins traitants produits dans le cadre de cette cause est récent, l'OAI est en mesure d'ordonner sans tarder une expertise pluridisciplinaire neutre (rhumatologique, psychiatrique et diabétologique) portant sur l'ensemble du cas, afin non seulement de répondre à l'incertitude qui subsiste pour le passé, mais aussi trancher les demandes de révision subséquentes de l'assuré. Il appartiendra alors aux experts de questionner la Dresse I \_\_\_\_\_, mais aussi le Dr S \_\_\_\_\_, avant de déterminer la capacité de travail effective de l'assuré de 2002 à fin 2008. En conséquence, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 25 juin 2010 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour limite en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement, annule la décision du 25 juin 2010 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de 2'000 fr. en faveur du recourant. 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 Florence SCHMUTZ La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le