

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1178/2014

ATAS/1182/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 18 novembre 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1957, d'origine iranienne et naturalisé suisse en 2001, a obtenu un diplôme universitaire en électronique dans son pays d'origine avant de s'établir en Suisse en 1987. Il a travaillé en qualité de technicien auprès de B_____ SA dès le 1^{er} mai 1988.
2. Le 29 juin 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après OAI) mentionnant être en incapacité de travail pour cause de maladie depuis janvier 1998 et percevoir des prestations complémentaires en cas de maladie de l'assurance-chômage.
3. Par rapport du 20 août 1999, la Dresse C_____, cheffe de clinique adjointe aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), et spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et médecine interne, a retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques sans déficit neurologique et d'état anxio-dépressif réactionnel. Elle a notamment relevé que l'assuré avait subi plusieurs traumatismes crâniens et avait été victime d'un accident de la circulation le 6 décembre 1997, depuis lequel persistaient des cervicalgies et des brachialgies. Une reprise du travail à 50% était possible dès mi-août 1999, à condition qu'elle ne requiert pas le port de charges importantes ni le maintien d'une position de manière prolongée.

La Dresse C_____ a transmis à l'OAI les documents suivants :

- un rapport suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) cervicale effectuée le 15 décembre 1997 et ayant mis en évidence une importante hernie discale compressive C5-C6, une discrète protrusion discale C4-C5 et une protrusion discale modérée C6-C7 ;
 - un rapport suite à une nouvelle IRM cervicale réalisée le 12 octobre 1998, examen ayant conclu à une probable double hernie discale C4-C5 et C5-C6, une discopathie avec une uncarthrose bilatérale C6-C7 et une probable hernie discale D2-D3.
4. Il ressort du questionnaire pour l'employeur daté du 31 août 1999 que l'assuré avait été en incapacité de travail, totale ou partielle, depuis le 18 septembre 1997, et que son dernier jour de travail effectif était le 8 décembre 1997. Son contrat avait été résilié pour le 31 mars 1998 pour des motifs de réorganisation.
 5. Le 1^{er} février 2001, le Dr D_____, médecin-conseil auprès de l'office cantonal de l'emploi et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis la fin de l'année 1997. Au vu de son évolution, l'affection devait être considérée comme chronique et justifiait l'octroi d'une rente d'invalidité complète.
 6. Mandaté par l'OAI, le centre d'observation médicale de l'AI (ci-après COMAI) a rendu un rapport le 20 juillet 2001, lequel est notamment basé sur le dossier de l'OAI, un examen clinique effectué le 20 novembre 2000, des consultations

spécialisées en psychiatrie et rhumatologie, réalisées respectivement les 21 et 22 novembre 2000, ainsi que des examens paracliniques.

Les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, un syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de cervico-brachialgies bilatérales (F 45.4) et un état dépressif récurrent (F 32). Ils ont également fait état, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, d'une spondylarthrose C6-C7, d'une hernie discale latérocervicale gauche C5-C6, de protrusions discales postérieures (C4-C5, C5-C6 et C6-C7), sans signes d'irritation ou de déficit radiculaire (M 47.8-001) et de traits de la personnalité de type borderline, narcissique et immature (F 60.31).

Dans leur rappel anamnestique, les experts ont exposé que l'assuré avait séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 3 février au 5 mars 2000, en raison de troubles dépressifs récurrents, avec un épisode sévère, et qu'un traitement médicamenteux avait alors été introduit. Selon leur appréciation, l'assuré présentait des cervicobrachialgies non déficitaires plus ou moins compensées par un traitement de physiothérapie, mais il n'y avait aucun élément en faveur de séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral. D'un point de vue rhumatologique, la discopathie C6-C7, actuellement sans signe clinique d'irritation radiculaire ni de déficit neurologique, s'était aggravée entre 1997 et 2000, mais ces constatations ne pouvaient expliquer qu'une petite partie des plaintes. L'évolution s'était faite vers un trouble somatoforme douloureux persistant dans le dernier trimestre 1997, dont l'émergence pouvait être rattachée à plusieurs facteurs psychologiques, notamment la résiliation du contrat de travail, d'importantes difficultés financières, ainsi qu'une rupture sentimentale. Au vu de la trajectoire de vie de l'assuré, les experts relativisaient l'avis de la consultante psychiatre et retenaient des traits de personnalité narcissique et probablement borderline, et non pas un véritable trouble de la personnalité. Ces traits de la personnalité avaient sans doute été de nature à fragiliser l'assuré dans sa manière de réagir aux difficultés existentielles et à favoriser l'émergence d'un trouble somatoforme douloureux comme mécanisme de défense. L'apparition ultérieure, à partir de la fin 1998, de troubles thymiques puis d'un trouble dépressif récurrent dûment objectivé dès 1999 témoignait également d'une détérioration de ses défenses, ce qui orientait les experts vers un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et non pas d'amplification des symptômes pour des raisons psychologiques. La péjoration psychique observée depuis 1998 pouvait être liée à des tensions de couple croissantes, aux difficultés financières et à une certaine « destitution sociale ». La consultante psychiatre considérait que l'état dépressif était actuellement sévère, mais les experts ont précisé qu'il était fort probable que le tableau dépressif soit renforcé par une certaine amplification des symptômes dans le contexte assécurologique.

S'agissant de la capacité de travail, au plan strictement rhumatologique, l'assuré devrait être en mesure de reprendre un emploi analogue à celui exercé jusqu'en 1997. Au vu de l'anamnèse, les experts considéraient que l'incapacité de travail

avait été de 100% pendant six mois suite à l'accident de 1997, puis que la symptomatologie cervico-brachiale s'était améliorée. Depuis lors, l'incapacité de travail, laquelle résultait du trouble somatoforme douloureux et de l'état dépressif sans que la part des deux s'additionne séparément, était de 40 % mis à part les périodes d'hospitalisation. Les experts ont notamment signalé des restrictions concernant les travaux impliquant des mouvements de rotation flexion-extension répétitifs de la colonne cervicale, le maintien en position verticale vicieuse, le port de charges, ainsi que les travaux lourds.

7. Le 13 septembre 2001, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui octroyant, à compter du 8 décembre 1998, un quart de rente, lequel pourrait être porté à une demi-rente si les conditions économiques du cas pénible étaient réalisées. L'OAI considérait en effet, sur la base des conclusions de l'expertise, que l'assuré était capable de reprendre son ancienne activité professionnelle à 60%.
8. En date du 28 février 2002, la Dresse C_____, cheffe de clinique aux HUG, a informé l'OAI que la situation de l'assuré se dégradait, précisant qu'il refusait tout traitement antidépresseur régulier et se plaignait de douleurs diffuses et de continuel épisodes de blocage au niveau de la nuque et des membres supérieurs.
9. Par décisions des 8 mars et 26 avril 2002, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente ordinaire simple à partir du 1^{er} décembre 1998, ainsi que de demi-rentes complémentaires, pour son épouse dès le 1^{er} avril 2001 et pour ses enfants dès leurs naissances, sur la base d'un degré d'invalidité de 40%.
10. Par rapport du 14 mai 2002, M. E_____, psychologue aux HUG, a relevé avoir diagnostiqué un syndrome dépressif chez l'assuré en 1999 et une dégradation progressive de l'état psychologique depuis lors. Une amélioration de l'état thymique avait uniquement été constatée pendant le séjour à la Clinique genevoise de Montana, grâce à un encadrement et une médication antidépressive. Les idées suicidaires, désormais bien présentes et avouées, étaient maintenues sous contrôle par les convictions religieuses et les enfants de l'assuré. Les possibilités d'une reprise de travail semblaient inexistantes compte tenu de la pathologie psychologique.
11. Le 7 juin 2002, la Dresse C_____ a mentionné que l'assuré avait de plus en plus d'idées noires et des projets de suicide.
12. Par décision du 15 juillet 2002, l'OAI a informé l'assuré qu'il reprenait l'instruction de son dossier, que les décisions des 8 mars et 26 avril 2002 étaient annulées, et qu'une nouvelle décision sujette à recours serait rendue une fois le complément d'instruction terminé. Le litige portant uniquement sur l'éventuel droit à une rente entière, la demi-rente d'invalidité pour cas pénible allouée depuis décembre 1998 continuait à être versée.
13. L'OAI a mandaté le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu un rapport d'expertise le 16 août 2002, après avoir reçu l'assuré à sa consultation les 7 et 14 août 2002.

Ce médecin a diagnostiqué un épisode dépressif (F32.9) et des difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59).

Selon lui, l'état dépressif variable, parfois sévère, était principalement réactionnel à la situation financière et semblait similaire à celui de novembre 2000 puisque les circonstances économiques n'avaient pas considérablement changé. Il ne retrouvait pas le trouble somatoforme douloureux décrit dans le rapport du COMAI et les douleurs invoquées étaient moindres. La personnalité de l'assuré ne semblait pas pouvoir être qualifiée de pathologique et ses capacités intellectuelles étaient préservées.

14. Interpellé par l'OAI, le Dr F_____ a précisé, le 23 avril 2003, qu'il n'était pas possible de déterminer la capacité de travail en pourcentage car celle-ci était liée au degré fluctuant de l'état dépressif.
15. Dans un avis du 1^{er} mai 2003, le service médical régional (ci-après SMR) de l'OAI a rappelé que l'incapacité de travail de 40% tenait compte de l'ensemble des pathologies de l'assuré. Ainsi, si le trouble somatoforme douloureux s'était amendé, il convenait d'admettre que la capacité résiduelle ne saurait être actuellement inférieure à 60%.
16. Par décision du 15 mai 2003, confirmée sur opposition le 24 février 2004, l'OAI a refusé d'augmenter la rente de l'assuré, considérant, sur la base de l'avis du SMR, qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du COMAI. Il a rappelé que le rapport du Dr F_____ révélait que l'état dépressif, fluctuant et susceptible d'être amélioré par une prise en charge psychopharmacologique, était de même nature que celui décrit dans le rapport du COMAI. Sur le plan des douleurs, l'état s'était amélioré et le trouble somatoforme douloureux n'avait plus valeur de diagnostic. Le degré d'invalidité de 40% retenu par le COMAI tenait compte de l'ensemble des pathologies, de sorte que la capacité résiduelle de travail ne saurait être inférieure à 60%.
17. A la demande de l'OAI, l'assuré lui a retourné, le 29 mars 2005, le questionnaire pour la révision de sa rente, mentionnant être sans activité.
18. En date du 25 avril 2005, la Dresse C_____ a attesté d'une aggravation de l'état psychique de l'assuré depuis octobre 2004.
19. Par rapport du 13 juin 2005, le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F 60.31) et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). Il a signalé que l'état de santé de l'assuré, qu'il suivait depuis novembre 2004, s'était lentement aggravé. Le traitement consistait en des séances de psychothérapie et la prise d'antidépresseurs et d'anxiolytiques.
20. Invité par l'OAI à se déterminer sur l'appréciation des médecins traitants, le SMR a considéré, dans un avis du 13 septembre 2005, qu'il n'y avait ni aggravation de

l'état de santé de l'assuré ni apparition d'une nouvelle atteinte, de sorte que la capacité de travail exigible était toujours de 60% dans toute activité.

21. Dans une communication du 28 septembre 2005, l'OAI a conclu que le degré d'invalidité de l'assuré n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.
22. En date des 25 janvier et 2 février 2006, le Dr G_____ a derechef fait état d'une aggravation de l'état psychique de l'assuré et attesté d'une totale incapacité de travail depuis le début de l'année 2005.
23. Le 6 novembre 2008, l'assuré a fait suite à la demande de l'OAI et rempli le formulaire pour la révision de sa rente, mentionnant être toujours en incapacité totale de travailler.
24. Par rapport du 5 décembre 2008, le Dr H_____, médecin-praticien, a signalé une aggravation de l'état de santé et retenu les diagnostics de gonalgies bilatérales, de syndrome du tunnel carpien bilatéral, de capsulite rétractile de l'épaule gauche, de dégénérescences discales étagées de C4 à C7, de protrusion discale D11-D12 depuis 2003, de sinusite chronique depuis 2005, d'une probable polyarthrite rhumatoïde, d'hypercholestérolémie et de prostatisme. Une arthroscopie avait été réalisée le 27 novembre 2008 et l'assuré ne devait pas porter des charges lourdes, faire des flexions du tronc, marcher plus de 100 m, ou travailler dans une ambiance stressante. Une prise en charge psychiatrique était nécessaire, mais l'assuré ne voulait plus consulter de psychiatre.

Il a joint divers documents, dont :

- un rapport suite à une IRM dorsolombaire du 12 mars 2003, laquelle a notamment conclu à des séquelles d'une maladie de Scheuermann, une protrusion discale en D11-D12 et une protrusion discale en D12-L1 ;
- un rapport suite à une IRM cervicale du 12 mars 2003 ayant mis en évidence des dégénérescences discales étagées avec une discarthrose en C5-C6 et C6-C7, une importante protrusion discale en C5-C6, une protrusion discale en C6-C7, ainsi qu'une compression du cordon médullaire sans signe de myélomalacie ;
- un rapport relatif à une IRM du genou droit réalisée le 21 octobre 2005 qui avait révélé une lésion du ménisque interne et une chondropathie de grade 3 à 4 au niveau du versant interne de la rotule ;
- un rapport suite à une IRM du genou gauche effectuée le 6 août 2008, laquelle avait notamment mis en évidence une chondropathie rotulienne de grade 2 et une déchirure du ménisque interne, une formation synoviale et un tendon quadricipital tuméfié dans sa partie distale ;
- le protocole de l'arthroscopie du 27 novembre 2008 mentionnant une résection sous totale des cornes moyenne et postérieure du ménisque interne du genou gauche ;
- un rapport relatif à une radiologie de la main droite le 5 décembre 2008.

25. En date du 3 février 2009, le Dr J_____, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie (ci-après ENMG) et électroencéphalographie, a posé le diagnostic de syndrome du tunnel carpien bilatéral.
26. Dans un rapport du 16 février 2009, le Dr K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a confirmé que le syndrome du tunnel carpien et les lésions des genoux étaient de nouveaux diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail.
27. Par communication du 20 février 2009, l'OAI a retenu l'absence de modification au point d'influencer le droit à la rente de l'assuré et confirmé le degré d'invalidité de 40%.
28. En date du 15 mars 2011, l'assuré a rempli une nouvelle fois le questionnaire pour la révision de sa rente et signalé que son état de santé s'était aggravé depuis décembre 2010. Il a indiqué souffrir de douleurs dans les articulations, aux épaules et à la nuque, et être toujours sans activité lucrative.
29. Le 20 mars 2011, le Dr H_____ a diagnostiqué une dépression nerveuse, des gonalgies bilatérales invalidantes et un probable syndrome du tunnel carpien bilatéral. Il a précisé que l'assuré s'était séparé de son épouse en 2009 et que depuis lors, son état psychique s'était détérioré. Les limitations fonctionnelles consistaient en un état dépressif, un manque de concentration, d'attention et une diminution de la mémoire. Une déambulation prolongée était en outre contre-indiquée.
30. En date du 8 juin 2011, ce médecin a ajouté que l'assuré, qui présentait des signes de dépression chronique, l'avait consulté à plusieurs reprises depuis six mois, notamment pour des lombalgies chroniques.

Il a adressé à l'OAI un rapport d'un CT-Scan des colonnes lombaire et sacrée du 6 juin 2011, concluant notamment à un canal lombaire relativement étroit, une discarthrose étagée, une protrusion discale L2-L3 et L5-S1, une cunéisation de D12, un signe de bifida occulta de S1 et une dégénérescence discale en L5.

31. Le 2 novembre 2011, l'OAI a reçu un rapport du Dr D_____, lequel a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de trouble émotionnellement labile, type borderline, existant depuis de nombreuses années. Il a relaté suivre l'assuré depuis le mois d'août 2011 pour des symptômes anxieux et dépressifs, dont un sentiment marqué de perte, d'auto-dévalorisation, d'impuissance, une humeur dépressive, des vécus persécutoires, une phobie sociale et une insomnie marquée. Il a également fait état d'un stress post-traumatique, précisant que l'assuré avait vécu des scènes de guerre au temps de la révolution iranienne. L'intéressé était en outre très sensible aux situations stressantes, avait peur de ne pas pouvoir se réadapter à un environnement professionnel et éprouvait une profonde nostalgie par rapport à sa situation antérieure. Sa souffrance, psychique et physique, était intense. L'assuré avait un rapport cohérent à la réalité, bien qu'il ait tendance à surinterpréter certains événements sur un mode persécutoire, ce qui avait conduit à des passages à l'acte hétéro-agressif. En raison de mécanismes de défenses bien fixés, de type

paranoïaques, l'évolution serait lente, bien qu'il y ait une certaine amélioration. Il fallait prévoir une durée de traitement de deux à quatre ans et la possibilité d'une complète réinsertion professionnelle restait malgré tout réservée. L'assuré suivait deux séances de psychothérapie hebdomadaires et des consultations psychiatriques ponctuelles, en fonction de l'évolution de la symptomatologie. Une reprise d'activité professionnelle à 25% serait possible dès janvier 2012, mais les capacités de concentration, de compréhension et de résistance étaient limitées.

32. Une nouvelle IRM du genou droit a été réalisée le 14 mai 2012. Selon le rapport y relatif, l'assuré présentait un discret épanchement intra-articulaire et un kyste poplité de faible épaisseur. Etaient également relevées une chondropathie rotulienne et une dégénérescence du ménisque interne.
33. Afin de clarifier le droit aux prestations de l'assuré, l'OAI a procédé à des investigations complémentaires et mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, confiée au Centre d'expertise médicale (ci-après CEMed).
34. Les Drs L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, M_____, spécialiste FMH en médecine interne, et N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport consensuel le 15 février 2013.

Les experts du CEMed ont retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des gonalgies bilatérales sur une gonarthrose, ainsi que des lombalgies chroniques. Ils ont également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, un tunnel carpien bilatéral très modéré, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F 33.0) de début indéterminé, et une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31).

Au niveau rhumatologique, l'assuré se plaignait principalement de gonalgies bilatérales prédominant à la marche. Il faisait également état de dysesthésies de tous les doigts des deux mains, sans territoire précis, avec des épisodes de lâchages. Ces troubles de la sensibilité apparaissaient la nuit selon les positions et disparaissaient dans le courant de la matinée grâce à une attelle du poignet. L'assuré mentionnait en outre des lombalgies chroniques de type mécanique, mais ne signalait plus de cervico-brachialgies. A l'examen clinique, les experts ont relevé une discrète limitation de la mobilité cervicale et lombaire ainsi que des troubles sensitifs non systématisés des doigts et des orteils. L'examen des genoux était sans particularité, il n'y avait ni épanchement, ni douleur à la percussion ou à la palpation, ni instabilité ou signes méniscaux. Seuls étaient relevés de discrets rabots rotuliens des deux côtés. Les experts ont conclu que l'assuré présentait des gonalgies de type mécanique en relation avec des troubles dégénératifs modérés visualisés sur les IRM. Ils ont également retenu des troubles dégénératifs étagés et des protrusions discales sans conflit avec les racines, ainsi que des signes de tunnel carpien très modéré des deux côtés, sans signe de polyneuropathie ou d'atteinte radiculaire. Du point de vue fonctionnel, en raison des gonalgies, l'assuré ne pouvait pas porter de

lourdes charges, rester dans la position agenouillée ou accroupie, marcher longtemps ou monter des escaliers. En raison des lombalgies, il était limité dans le port de charges de plus de 10 kg. Partant, la capacité de travail était entière dans une activité légère plutôt assise.

D'un point de vue psychique, les experts ont d'abord rappelé que l'assuré avait été examiné par une spécialiste en psychiatrie dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du COMAI, laquelle avait retenu le diagnostic de trouble de la personnalité de type borderline avec des traits narcissiques et immatures, ainsi qu'un état dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques. La consultante psychiatre avait notamment relevé des épisodes de jeux pathologiques, une tendance à nouer des relations conflictuelles, une importante immaturité affective et des troubles de la personnalité sous-jacente de type état limite. Or, les experts du COMAI avaient relativisé cet avis et conclu à des traits de personnalité narcissique et probablement borderline, sans expliquer pourquoi ils ne retenaient pas un véritable trouble de la personnalité et s'écartaient ainsi de l'appréciation de la consultante psychiatre. En outre, le rapport du COMAI contenait des contradictions patentes puisqu'il mentionnait qu'il fallait retenir un trouble somatoforme douloureux persistant plutôt qu'une amplification des symptômes pour des raisons psychologiques, tout en signalant qu'il était probable que l'état dépressif soit renforcé par une certaine amplification des symptômes dans un contexte asséurologique. Quant au rapport d'expertise du Dr F_____ du mois d'août 2002, il ne retenait pas de trouble de la personnalité bien que la personnalité soit décrite comme particulière. De plus, il faisait état d'un épisode dépressif sans précision (F 32.9) et les réponses de ce médecin étaient évasives et peu claires. Les experts ont encore rappelé que le Dr G_____ avait quant à lui retenu, en 2006, un trouble de la personnalité (F 60.31) et un trouble dépressif (F 32.2) présent depuis 1997 avec une péjoration lente constatée depuis la première consultation de novembre 2004. De même, dans son rapport du 27 octobre 2011, le Dr D_____ avait posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline présent depuis plusieurs années.

Les experts ont conclu que l'assuré présentait, en premier lieu, une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Ce trouble, qui était décrit avec beaucoup de constance dans les différents rapports psychiatriques, avait été la cause de difficultés interpersonnelles, notamment avec son ex-épouse. L'assuré avait toutefois rapporté une certaine amélioration avec le traitement pharmacologique. Selon eux, il n'y avait pas lieu de retenir une modification durable de la personnalité secondaire à un état de stress post-traumatique car l'assuré pouvait évoquer les événements vécus durant la guerre sans exprimer de réactivité émotionnelle particulière et avait rapidement pu s'intégrer et trouver un emploi à son arrivée en Suisse. Ils avaient également retrouvé des traits narcissiques à l'examen clinique avec un désir de mettre en avant des événements plus valorisants et une réactivité à des sentiments d'injustice. En revanche, ils

n'avaient pas retrouvé d'éléments psychotiques sous la forme de traits paranoïaques, l'assuré ne se montrant ni méfiant ni particulièrement interprétatif. Le trouble de la personnalité était présent de longue date et avait certainement conditionné la péjoration du trouble de l'humeur suite à une rupture conjugale en 2009 et 2012. Maintenant que l'intéressé était intégré en Suisse, ce trouble n'avait plus de répercussion sur la capacité de travail et pouvait apparemment se décompenser sur un mode persécutoire.

En second lieu, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, actuellement léger, sans syndrome somatique (F 33.00), en l'absence de traitement antidépresseur, étant précisé à cet égard que le dosage sanguin révélait que l'assuré prenait un neuroleptique à un taux en dessous de la zone thérapeutique. Le trouble de l'humeur avait certainement été plus décompensé suite à la rupture sentimentale de 2009. Deux médecins avaient retenu un épisode dépressif moyen entre 2009 et 2011. Les experts considéraient, vu la structure de la personnalité de l'assuré, que cet événement avait été la cause d'une péjoration de l'état psychique suffisamment marquée pour être responsable d'une totale incapacité de travail jusqu'au moment de leur évaluation. Ils retenaient donc, arbitrairement en l'absence de dates précises, une incapacité de travail à 100% du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012.

S'agissant de l'existence d'un éventuel trouble somatoforme, les experts ont rappelé qu'aucun des psychiatres ayant examiné l'assuré n'avait retenu une telle affection et que les experts du COMAI s'étaient écartés de l'avis de la psychiatre consultante sans motiver leur décision pour retenir un tel trouble.

Du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012, le trouble dépressif récurrent et le trouble de la personnalité avaient été responsables d'une incapacité de travail à 100%. Rétrospectivement il était très difficile de mettre en évidence des limitations fonctionnelles précises durant cette période, mais les experts retenaient un sentiment d'impuissance et un vécu persécutoire. Actuellement, la capacité de travail était entière et il n'y avait plus de limitations fonctionnelles.

Répondant aux questions, les experts ont conclu que depuis décembre 1997, l'assuré présentait une incapacité de travail médicalement justifiée. Sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas d'incapacité de travail durable, la capacité était restée complète dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Les experts ne savaient pas si la capacité de travail était exigible dans l'activité habituelle, mais il leur paraissait qu'un poste de « technicien après-vente » n'était vraisemblablement pas adapté aux limitations décrites. Ils préconisaient la poursuite du traitement psychotrope et leur pronostic était objectivement bon, mais il l'était moins subjectivement.

35. Par avis du 20 juin 2013, le SMR a retenu que les gonalgies étaient en relation avec des troubles dégénératifs modérés et entraînaient des limitations fonctionnelles concernant le port de charges lourdes, le maintien des positions à genoux et accroupie, la marche prolongée, ainsi que la montée d'escaliers. Concernant les

lombalgies chroniques, elles entraînaient des restrictions concernant le port de charges de plus de 10 kg. Quant aux cervicobrachialgies, le tunnel carpien était très modéré. Au niveau rhumatologique, il n'y avait pas d'incapacité de travail durable. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail avait été totale du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012 et la capacité était complète depuis le 1^{er} janvier 2013. Le SMR a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré ou d'apparition d'une nouvelle atteinte de longue durée, de sorte que ses conclusions du 1^{er} mai 2003 demeuraient valables.

36. En date du 4 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré de ce qu'il envisageait de refuser d'augmenter sa rente, compte tenu de l'appréciation du SMR.
37. Par opposition du 27 août, complétée le 9 septembre 2013, l'assuré a contesté ladite appréciation et produit une attestation du Dr D_____ du 5 septembre 2013, selon laquelle la capacité de travail serait actuellement de 25% et pourrait être augmentée à 50% dans une année, voire 100% dans deux ans en cas d'évolution favorable.
38. Dans un rapport du 9 septembre 2013, le Dr H_____ a notamment rappelé que l'assuré se plaignait de lombalgies chroniques sur des hernies discales multiples, ainsi que de gonalgies.
39. Le 28 février 2014, le SMR a rendu un nouvel avis et considéré que les pièces produites par l'assuré dans le cadre de l'exercice de son droit d'être entendu ne contenaient pas d'éléments médicaux susceptibles de changer son appréciation.
40. Par décision du 12 mars 2014, l'OAI s'est fondé sur de l'avis du SMR et a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation notable, objective et durable de son état de santé.
41. Par acte du 28 avril 2014, l'assuré a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des Drs D_____ et H_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et, principalement, à l'annulation de la décision du 12 mars 2014, à ce qu'il lui soit accordé une rente entière d'invalidité et à ce qu'il soit reconnu qu'il était totalement invalide du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012. En substance, le recourant a invoqué que son état de santé s'était aggravé depuis 2010 et que sa capacité de travail était de 25% au plus. Il a notamment contesté les conclusions du rapport d'expertise, sauf dans la mesure où les experts lui reconnaissaient une incapacité de travail totale du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012, et rappelé l'avis divergent de ses médecins traitants.
42. Dans sa réponse du 27 mai 2014, l'intimé a conclu à une reformation in pejus et invoqué que la décision litigieuse devait être reconsidérée car manifestement erronée. Il a exposé s'être à tort contenté de constater l'absence d'aggravation de l'état de santé du recourant, alors qu'il aurait dû procéder à une comparaison des revenus en retenant une activité adaptée à 100%. Il a notamment allégué que l'état psychique du recourant s'était amélioré et que sa capacité de travail était entière, sur les plans psychique et somatique, dans une activité légère depuis le 1^{er} janvier 2013.

43. Par écritures des 9 et 21 juillet 2014, les parties ont persisté dans leurs conclusions.
44. En date du 30 octobre 2014, la chambre de céans leur a communiqué le nom des experts ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
45. L'intimé a indiqué le 13 novembre 2014 qu'il n'avait pas de questions complémentaires à soumettre aux experts désignés.
46. Le recourant, par téléphone du 14 novembre 2014 au greffe de la chambre de céans, n'a pas fait valoir de motifs de récusation à l'encontre des experts désignés ni de questions complémentaires à leur poser.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS/GE E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. A 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).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent 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 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions, dans la mesure de leur pertinence

(ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). 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 ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

La décision contestée ayant été reçue le 14 mars 2014, le délai de recours est arrivé à échéance le lundi 28 avril 2014, compte tenu des principes susmentionnés. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant, respectivement sa capacité de gain, s'est modifié dans une mesure influençant ses droits, et ce depuis la communication du 28 septembre 2005 confirmant le degré d'invalidité de 40%.
6. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances 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 (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 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des

assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Pour qu'une décision de révision entrée en force constitue elle aussi une (nouvelle) base de comparaison dans le cadre d'une révision ultérieure, il faut qu'elle 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les références).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
8. 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

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).

9. 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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 125 V 351 consid. 3).

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. 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).

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. 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. A 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 166 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 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).

10. Selon la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).
11. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à la rente.

Il sied de relever que, dans le cadre de la procédure de révision initiée en mars 2005, l'intimé a transmis au SMR les rapports reçus depuis la décision du 24 février 2004 afin que celui-ci se détermine sur une éventuelle modification de l'état de santé du recourant. La communication de l'intimé du 28 septembre 2005 résulte donc d'un examen matériel du droit à la rente. Tel n'est en revanche pas le cas de la seconde communication, soit celle du 20 février 2009 clôturant la procédure de révision débutée en novembre 2008. En effet, en dépit des rapports médicaux attestant de nouvelles atteintes entraînant des limitations fonctionnelles, l'intimé a conclu à l'absence de toute modification de l'état de santé, sans même requérir l'avis du SMR.

Dans ces circonstances, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité doit être fixé au 28 septembre 2005, moment de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec des constatations de faits pertinents.

12. a. L'intimé avait alors fondé sa décision sur l'appréciation du SMR du 13 septembre 2005, selon laquelle les conclusions de l'avis du 1^{er} mai 2003

demeuraient valables. Il est rappelé que cette dernière détermination était basée sur les rapports du COMAI du 20 juillet 2001 et du Dr F_____ du 16 août 2002.

Le COMAI avait retenu que le recourant souffrait d'un syndrome somatoforme douloureux persistant (F 45.4) et d'un état dépressif récurrent (F 32), diagnostics qui engendraient une incapacité de travail globale de 40%. Les atteintes dorsales et les traits de la personnalité de type borderline n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail dans l'activité habituelle, mais les travaux lourds et ceux nécessitant certains mouvements la colonne cervicale, ainsi que le port de charges, étaient contre-indiqués. Quant au Dr F_____, il n'a pas diagnostiqué de trouble somatoforme douloureux, mais a retenu un épisode dépressif de même nature que celui décrit dans le rapport du COMAI, sans être en mesure de se prononcer sur le degré de l'incapacité de travail.

Le 1^{er} mai 2003, le SMR a estimé que la capacité de travail résiduelle du recourant ne pouvait pas être inférieure à 60% puisque le trouble somatoforme douloureux n'était plus diagnostiqué. Le 13 septembre 2005, il a écarté toute aggravation objective de l'état de santé ainsi que l'apparition d'une nouvelle atteinte, et conclu que la capacité de travail exigible demeurait de 60%. L'intimé a donc maintenu, par communication du 28 septembre 2005, le degré d'invalidité à 40%.

b. Suite à la demande de révision du 15 mars 2011, l'intimé a repris l'instruction du dossier et une nouvelle expertise a été confiée au CEMed.

Dans leur rapport du 15 février 2013, les experts ont posé les diagnostics de gonalgies bilatérales et de lombalgies chroniques comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Du point de vue fonctionnel, le recourant ne pouvait pas porter des charges de plus de 10 kg, rester dans la position agenouillée ou accroupie, marcher longtemps ou monter des escaliers. Dans une activité légère, plutôt assise, la capacité de travail était entière. Les experts ont également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, un tunnel carpien bilatéral très modéré, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F 33.0), de début indéterminé, et une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31).

Dans son avis du 20 juin 2013, le SMR a conclu qu'il résultait de cette expertise que l'état de santé du recourant ne s'était pas notablement modifié et qu'il n'y avait pas de nouvelle atteinte à la santé de longue durée, de sorte qu'il maintenait ses conclusions du 1^{er} mai 2003. Se fondant sur cette appréciation, l'intimé a considéré, à l'appui de sa décision du 12 mars 2014, qu'il n'existait pas d'aggravation « notable, objective et durable » de l'état de santé du recourant, de sorte que son degré d'invalidité demeurait inchangé.

13. A titre préalable, la chambre de céans constate que la décision du 12 mars 2014 s'écarte, sans aucune explication, de plusieurs conclusions du rapport du CEMed, alors qu'elle prétend s'y référer.

Ainsi, bien que le rapport d'expertise reconnaisse expressément une totale incapacité de travail du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012 en raison de troubles psychiques, l'intimé conclut à l'absence de fait nouveau en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant et maintient le degré d'incapacité de travail retenu en 2004 et 2005, soit 40%.

En outre, les experts du CEMed ont considéré que le diagnostic de lombalgies chroniques avait une influence sur la capacité de travail, ce qui est un élément nouveau propre à influencer le taux d'invalidité, étant rappelé que les experts du COMAI avaient estimé en 2002 que les discopathies n'avaient pas de répercussion sur ladite capacité. De même, le rapport du CEMed mentionne que le recourant présente des gonalgies bilatérales sur une gonarthrose, ayant également une influence sur la capacité de travail et entraînant des limitations fonctionnelles. Cette atteinte n'était pas signalée en septembre 2005, de sorte que l'intimé ne pouvait conclure à l'absence de toute aggravation de l'état de santé sans fournir la moindre explication.

14. a. Cela étant, il sied de se déterminer sur la valeur probante du rapport du CEMed, lequel est notamment basé sur le dossier de l'intimé, une anamnèse détaillée, ainsi que des examens complets et une étude approfondie du dossier. Les plaintes du recourant ont été prises en compte et les spécialistes ont développé leur appréciation, laquelle apparaît ainsi dûment motivée.

Toutefois, la chambre de céans observe que le rapport contient des contradictions et que ses conclusions sont discutables sur de nombreux points.

b. En premier lieu, s'agissant du diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31), « présent de longue date », les experts ont considéré qu'il avait eu provisoirement une influence sur la capacité de travail du recourant puisqu'ils ont mentionné « le trouble dépressif récurrent et le trouble de la personnalité ont été responsables d'une incapacité de travail à 100% » du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012 (rapport d'expertise p. 20). Ils ont toutefois estimé « Maintenant qu'il [le recourant] est intégré en Suisse, ce trouble n'a plus de répercussion sur la capacité de travail (...) » (rapport d'expertise p. 19).

Cette appréciation est difficilement compréhensible, dès lors qu'elle suggère, sans motivation aucune, que le recourant, en Suisse depuis 1987 et naturalisé suisse en 2001, ne se serait intégré qu'en 2013. En outre, les déclarations du recourant tendent plutôt à admettre une certaine désocialisation et non pas une intégration récente, étant rappelé qu'il a expliqué ne pas avoir d'activité spécifique, vivre seul, ne pas faire grand-chose et peu sortir (rapport d'expertise p. 12).

c. En deuxième lieu, les experts ont conclu que le recourant présentait un trouble dépressif récurrent, actuellement léger, sans syndrome somatique (F 33.0) et ont exposé retenir arbitrairement, en l'absence de dates précises, une incapacité totale de travail du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012 (rapport d'expertise p. 20).

Ils se sont ainsi prononcés sur le taux de la capacité de travail du recourant en raison de ce trouble depuis le 1^{er} janvier 2009, sans rien mentionner pour la période antérieure. Il n'est ainsi pas possible de déterminer s'ils confirment ou non la capacité résiduelle de travail de 60% retenue à l'appui de la communication du 28 septembre 2005, pour la période jusqu'au 31 décembre 2008.

De plus, les experts ont estimé, après avoir rappelé que deux médecins avaient fait état d'un épisode dépressif moyen entre 2009 et 2011, que la séparation conjugale avait été la cause d'une péjoration de l'état psychique responsable d'une totale incapacité de travail. Or, de nombreuses pièces du dossier attestant de l'existence d'un trouble dépressif, d'intensité sévère, avant 2009. Il est notamment rappelé que le Dr G_____, psychiatre-traitant, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère et attesté d'une totale incapacité de travail depuis le début de l'année 2005, et ce pour une période indéterminée (rapports des 25 février et 2 février 2006).

Dans la mesure où les experts se sont écartés des conclusions du psychiatre traitant consulté à l'époque des faits, ils auraient dû motiver davantage leur appréciation et expliquer les raisons pour lesquelles ils concluaient que le trouble dépressif avait été responsable d'une incapacité de travail à partir de 2009 seulement.

d. Enfin, les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des gonalgies et des lombalgies, et ont mentionné des restrictions concernant le port de charges de plus de 10 kg, le maintien de la position agenouillée ou accroupie, la marche prolongée ou la montée d'escaliers. Ils en ont conclu que la capacité de travail était entière dans une activité légère plutôt assise (rapport d'expertise p. 19). Parallèlement, ils ont indiqué que le recourant présentait une incapacité de travail médicalement justifiée depuis décembre 1997, tout en mentionnant qu'il n'y avait pas, sur le plan rhumatologique, d'incapacité de travail durable et que la capacité était restée complète (rapport d'expertise p. 21). De telles conclusions apparaissent contradictoires.

De surcroît, l'appréciation des experts quant à la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle est des plus incertaines puisqu'ils ont exposé qu'un poste de « technicien après-vente » n'était vraisemblablement pas adapté aux limitations décrites (rapport d'expertise p. 21).

La chambre de céans relèvera encore que les experts ont relaté que le recourant se plaignait de troubles de la sensibilité qui apparaissaient la nuit et disparaissaient dans la matinée, grâce à une attelle du poignet (rapport d'expertise p. 19). Ils n'ont cependant pas expliqué si le port d'un tel moyen auxiliaire était nécessaire ni s'il constituait une restriction à l'exercice d'une activité lucrative.

e. Au vu de ce qui précède, les conclusions du rapport du CEMed, insuffisamment motivées et partiellement contradictoires, n'apparaissent pas convaincantes. Dans ces conditions, ce document ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

15. Reste à se prononcer sur l'éventuelle force probante des autres rapports médicaux produits dans le cadre de la présente procédure.

S'agissant de l'avis du SMR du 20 juin 2013, la chambre de céans rappellera que ce document se limite à reprendre certaines conclusions du rapport d'expertise du CEMed et à en écarter d'autres, sans la moindre explication. Il ne relève au demeurant pas les nombreuses contradictions contenues dans l'expertise concernant la capacité de travail résiduelle. Cette appréciation n'est donc pas probante.

Quant aux rapports du Dr G_____, outre le fait qu'ils émanent du psychiatre traitant, ils ne contiennent pas d'anamnèse détaillée et ne font pas état d'exams complets. Enfin, le rapport du 2 novembre 2011 du Dr D_____ ne permet pas de se déterminer sur la capacité de travail avant 2009.

16. Partant, la chambre de céans considère qu'elle ne dispose pas des éléments suffisants pour statuer de manière définitive sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis septembre 2005, ainsi que sur sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée depuis lors.

Elle entend donc mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire tenant compte des aspects rhumatologiques et psychiques, moyen le plus adéquat pour établir de manière objective si le taux d'invalidité du recourant s'est modifié depuis la communication du 28 septembre 2005.

L'expertise sera confiée au Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie et au Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie, lesquels devront prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné le recourant.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise rhumatologique et psychiatrique de Monsieur A_____.
2. Commet à ces fins les docteurs O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, à Vevey et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rue d'Italie 46, 1800 Vevey.
3. Dit que la mission d'expertise est la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de l'intimé ainsi que du dossier de la présente procédure.
 - b) examiner et entendre le recourant.
 - c) prendre tous renseignements utiles auprès des médecins ayant traité le recourant.
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens et /ou s'entourer d'avis de tiers.
4. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Données subjectives et plaintes du recourant.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s) selon la classification internationale.
 5. S'agissant d'éventuels troubles somatiques, répondre aux questions suivantes:
 - a) L'assuré souffre-t-il de troubles somatiques ? Si oui, lesquels et depuis quand ?
 - b) Les plaintes de l'assuré sont-elles objectivées ?
 - c) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?
 - d) Quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant depuis septembre 2005 ?En cas de changement dans l'état de santé (amélioration ou aggravation), préciser la date de ces changements et leur contexte.
 6. S'agissant de troubles psychiques éventuels, répondre aux questions suivantes:

a) L'assuré souffre-t-il de troubles psychiques? Si oui, lesquels et depuis quand?

b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?

c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?

d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ?

e) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

f) La compliance est-elle bonne ?

g) Quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant depuis septembre 2005 ?

En cas de changement dans l'état de santé (amélioration ou aggravation), préciser la date de ces changements et leur contexte.

h) Le recourant dispose-t-il encore des ressources lui permettant une reprise d'activité professionnelle? Veuillez expliquer.

7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences de(s) atteinte(s) somatique(s) et psychique(s) sur la capacité de travail, en pourcent :

a) dans l'activité habituelle ;

b) dans une activité adaptée (préciser en quoi pourrait consister celle-ci).

8. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, dans le temps depuis septembre 2005.

Dire s'il y a une diminution de rendement, dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, et la chiffrer.

9. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle et indiquer en quoi devrait consister celle-ci.

10. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. Indiquer si les mesures en question seraient exigibles du recourant et pourquoi.

11. En cas de conclusions divergentes de celles ressortant de l'expertise du CEMed du 15 février 2013 et/ou de celles du SMR et/ou de celles des médecins traitants sur la question des diagnostics, des limitations

et de la capacité de travail du recourant, veuillez en expliquer les raisons et motiver vos conclusions.

12. Formuler un pronostic global.

13. Toute remarque utile et proposition des experts.

5. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
7. Réserve le sort des frais et le fond.

La greffière

La Présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le