



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1178/2014

ATAS/276/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 avril 2016

En la cause

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

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Juliana BALDÉ, Doris GALEAZZI, Valérie MONTANI et Raphaël MARTIN, Juges ; Christine LUZZATTO et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1957, ressortissant suisse d'origine iranienne, a obtenu un diplôme universitaire en électronique en Iran 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 (ci-après l'OAI ou l'intimé), mentionnant une incapacité de travail en raison d'une maladie depuis janvier 1998. Il a indiqué percevoir des prestations en cas de maladie de l'assurance-chômage.
3. Dans son rapport du 20 août 1999, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin à la clinique de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), 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, n'entraînant pas de choc ou de traumatisme direct, depuis lequel des cervicalgies et des brachialgies persistaient. Une reprise du travail à 50 % était possible depuis la mi-août 1999, à condition qu'elle ne requière 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 :

- rapport d'IRM cervicale effectuée le 15 décembre 1997, ayant mis en évidence une importante hernie discale compressive C5-C6, une discrète protrusion discale C4-C5 et une protrusion discale modérée C6-C7 ;
 - rapport d'IRM cervicale réalisée le 12 octobre 1998, concluant à une probable double hernie discale C4-C5 et C5-C6, à une discopathie avec une uncarthrose bilatérale C6-C7 et à une probable petite hernie discale D2-D3 du côté gauche.
4. Selon le questionnaire de l'employeur daté du 31 août 1999, l'assuré a été en incapacité de travail totale ou partielle depuis le 18 septembre 1997. Son dernier jour de travail effectif avait été 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 docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil auprès de l'office cantonal de l'emploi (OCE), a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis la fin de l'année 1997. L'affection devait être considérée comme chronique au vu de son évolution et justifiait l'octroi d'une rente d'invalidité complète.
 6. Mandaté par l'OAI, le centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) a rendu un rapport d'expertise le 20 juillet 2001, signé par le professeur E_____ et le docteur F_____. Dit rapport se basait notamment sur le dossier de l'OAI, un examen clinique effectué le 20 novembre 2000 et des consultations spécialisées en

psychiatrie et rhumatologie, ainsi que des examens paracliniques. Le rapport a retracé l'anamnèse de l'assuré et relaté ses plaintes.

À la suite de la consultation spécialisée en psychiatrie, la doctoresse G_____ a indiqué qu'au plan clinique, l'expression du visage de l'assuré était triste et sa mimique pauvre. On notait en sus un certain ralentissement psychomoteur. La spécialiste relevait en premier lieu un état dépressif sévère, caractérisé par une anhédonie, un manque d'élan vital, une importante fatigabilité, une perte de l'appétit avec une importante perte pondérale ces dernières années, un retrait social et une importante dévalorisation de lui-même. Il y aurait également des troubles du sommeil sous forme de difficultés d'endormissement. Des souhaits de mort étaient présents, sans qu'une intention auto-agressive claire ne soit exprimée. Du point de vue relationnel, l'assuré était collaborant. Il présentait des troubles du comportement sous forme d'épisodes de jeu pathologique et une tendance à nouer des relations conflictuelles, avec beaucoup d'obstacles dans la relation. Ces aspects dénotaient une importante immaturité affective et un trouble de la personnalité sous-jacent de type état-limite. La Dresse G_____ n'a pas observé de signes parlant en faveur d'un trouble factice (simulation) ni de troubles de la lignée psychotique (de type délirant ou hallucinatoire). Elle a diagnostiqué un trouble de la personnalité de type borderline, avec traits narcissiques et immatures (F 60.31), ainsi qu'un état dépressif d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2). Elle a conclu à une incapacité de travail de l'ordre de 60 % à 70 %.

Au plan rhumatologique, le docteur H_____ a noté que l'assuré présentait des cervico-brachialgies bilatérales diffuses avec de discrets troubles dégénératifs de la colonne cervicale et une spondylarthrose C6-C7, sans signe clinique d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique. La symptomatologie s'était exacerbée à la suite d'un accident de la circulation en décembre 1997, l'assuré ayant été licencié pour des raisons économiques avant ledit accident. Il y avait également une notion de double hernie discale C4-C5 latéralisée à droite et C5-C6 latéralisée à gauche, une hypoesthésie dans le territoire de C5 et une diminution du réflexe bicipital gauche. L'assuré présentait des cervicalgies chroniques avec hernie discale C5-C6 gauche et des discopathies C4-C5 et C6-C7, sans déficit neurologique objectivable. Une partie de la symptomatologie douloureuse pouvait être attribuée à ces discopathies, ainsi qu'à une origine musculo-tendineuse. La capacité de travail était nulle dans tous les travaux de force et dans les travaux nécessitant des mouvements de rotation et de flexion-extension répétitifs de la colonne cervicale ainsi que le maintien en position statique plus d'une heure. Dans les travaux adaptés à ces limitations, la capacité de travail pouvait être estimée à 80 %.

Les experts ont retenu les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de cervico-brachialgies bilatérales (F 45.4) et d'état dépressif récurrent (F 32). Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail étaient ceux de spondylarthrose C6-C7, hernie discale latéro-cervicale gauche C5-C6, protrusions discales postérieures (C4-C5,

C5-C6 et C6-C7), sans signes d'irritation ou de déficit radiculaire (M 47.8) et de traits de la personnalité de type borderline, narcissique et immature (F 60.31).

Dans leur appréciation, les experts ont relevé que la discopathie C6-C7 avec spondylarthrose s'était aggravée entre 1997 et 2000. Cependant, l'implication clinique de cette trouvaille radiologique devait être relativisée car elle ne pouvait expliquer qu'une petite partie des plaintes. En effet, les cervicalgies avec brachialgies gauches avaient pu être révélées à la suite de l'accident de décembre 1997 mais l'évolution s'était faite rapidement vers un trouble somatoforme douloureux persistant dans le dernier trimestre 1997. L'émergence du trouble somatoforme douloureux paraissait pouvoir être rattachée à plusieurs facteurs psychologiques, telle notamment l'annonce de la résiliation prochaine du contrat de travail, les grosses difficultés financières ainsi que la rupture sentimentale avec une femme qui aurait jeté un mauvais sort à l'assuré. Ce dernier faisait état de données anamnestiques somme toute discordantes et peut-être mégalomanes, dont il n'était pas possible de vérifier l'authenticité. Une partie de son vécu obéissait sans doute à des influences culturelles. Au vu de la trajectoire de vie de l'assuré, les experts relativisaient l'avis de la Dresse G_____ pour conclure que l'assuré présentait des traits de personnalités narcissique et probablement borderline plutôt qu'un véritable trouble de personnalité borderline. Ces traits de personnalité étaient sans doute de nature à le fragiliser 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 des défenses de l'assuré, ce qui permettait aux experts de s'orienter vers un diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants plutôt que celui d'amplification des symptômes pour des raisons psychologiques (névrose de compensation). Cette péjoration psychique était probablement explicable par la « destitution sociale » de l'assuré dès 1997. La Dresse G_____ considérait pour l'heure que l'état dépressif était sévère, mais il était fort probable que ce tableau dépressif soit renforcé par une certaine amplification des symptômes dans le contexte assécurologique. Selon les experts, l'assuré n'avait pas épuisé totalement ses ressources adaptatives. Au plan rhumatologique, il devrait être également en mesure de reprendre un emploi analogue à celui exercé jusqu'en 1997. Dans un tel emploi, seuls devraient être évités les travaux de force ainsi que les travaux nécessitant des sollicitations constantes du rachis cervical sous forme de position vicieuse. Si l'on tenait compte de l'ensemble de l'atteinte à la santé, en particulier du trouble somatoforme douloureux ainsi que de l'état dépressif, il persistait une capacité de travail raisonnablement exigible de l'ordre de 60 %. À la suite de l'accident de 1997, l'incapacité de travail avait été totale pendant 6 mois, date de l'amélioration de la symptomatologie cervico-brachiale de l'assuré, puis elle était demeurée de l'ordre de 60 % (*sic*). L'incapacité de travail résultait à la fois du trouble somatoforme douloureux et de l'état dépressif, sans que les parts des deux ne s'additionnent. Le pronostic au plan strictement rhumatologique paraissait

bon. Il était réservé en ce qui concernait le trouble somatoforme douloureux et l'état dépressif, sachant que les facteurs de stress psycho-sociaux « ne seraient pas résolus par magie » et que les traits de personnalité de type narcissique et borderline constituaient des facteurs de vulnérabilité.

7. Le 13 septembre 2001, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui octroyant un quart de rente dès décembre 1998, 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_____ a informé l'OAI que la situation de l'assuré se dégradait, précisant qu'il refusait tout traitement anti-dépresseur régulier et se plaignait de douleurs diffuses et de blocages continuels au niveau de la nuque et des membres supérieurs. Il était de plus convaincu d'être atteint d'un cancer. Elle sollicitait l'octroi d'une rente d'invalidité complète.
9. Par décision du 8 mars 2002, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente ordinaire simple à partir du 1^{er} décembre 1998.
10. Le 16 avril 2002, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant sa demande de révision de rente du 28 février 2002.
11. Dans son rapport du 14 mai 2002, Monsieur I_____, psychologue aux HUG, a relevé avoir diagnostiqué un syndrome dépressif chez l'assuré en 1999. Depuis lors, une dégradation progressive de son état psychologique avait été notée, avec le développement d'idées de malveillance de la société à l'encontre de l'assuré, en plus de la perte d'étayage et de l'état dépressif. 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 de reprise de travail semblaient inexistantes compte tenu de la pathologie psychologique.
12. 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. La situation au plan physique n'avait pas changé mais l'état psychologique s'était détérioré.
13. Par décision du 15 juillet 2002, l'OAI a informé l'assuré qu'il reprenait l'instruction de son dossier. Les décisions des 8 mars et 16 avril 2002 (*sic*) étaient annulées, et 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.
14. L'OAI a mandaté le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu un rapport d'expertise le 16 août 2002, après avoir reçu l'assuré les 7 et 14 août 2002. L'expert a relaté l'anamnèse et résumé le

dossier médical de l'assuré et ses plaintes. Au status clinique, le Dr J_____ a noté que tout se passait comme si un frein était constamment mis à l'analyse clinique entreprise, sans que la bonne foi de l'assuré ne soit mise en cause. Il s'est longuement étendu sur les choix de l'assuré pour s'asseoir et sur ses changements de siège. Il a précisé que des échelles comportementales avaient été soumises à l'assuré, mais la difficulté rencontrée pour qu'il réponde à ces échelles semblait mettre en cause leur validité. L'assuré n'avait en effet terminé de répondre au questionnaire Beck Depression Inventory qu'après de multiples commentaires sur la valeur de l'appréciation que quelqu'un, y compris le médecin, pouvait porter sur autrui lorsqu'il avait lui-même des problèmes personnels, l'incompréhension des autres qui en résultait et des remarques interminables sur le contenu de chacune des questions auxquelles il devait répondre. Le Dr J_____ a relaté ses observations sur la façon de parler de l'assuré. Il a indiqué ne pas retrouver les éléments du trouble somatoforme douloureux signalé en novembre 2000. L'assuré disait que ses douleurs s'étaient améliorées d'environ 50 % depuis 1997. S'il y avait une possible base organique authentique aux douleurs, ces dernières ne faisaient pas l'objet de demandes médicales persistantes et n'échappaient pas à tout raisonnement logique. Elles n'avaient pas été sans rémissions passagères avec échec total d'un traitement conforme aux règles de l'art. Il n'y avait pas de divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé. L'implication de facteurs psychologiques dans leur production n'était pas tout à fait niée. On ne décelait aucune attitude pour tenter d'attirer l'attention à ce sujet ou d'entraîner une sollicitude accrue. L'humeur triste et le pessimisme de l'assuré n'étaient que réactionnels à ses préoccupations, surtout d'ordre financier. Ces dernières étaient d'autant plus prégnantes que le temps ne lui avait pas permis de réduire ses dettes. L'assuré avait honte de lui. Les résultats obtenus aux tests psychologiques étaient meilleurs que ceux relevés en novembre 2000. Le recours à l'échelle de dépression adaptée de B.J. CARROLL confirmait l'existence d'un état dépressif. L'assuré se sentait malheureux, mais son cas n'était pas désespéré et son avenir ne serait pas fait que de malheurs. L'assuré ruminait les erreurs de son passé et se croyait puni pour une faute passée, mais gardait le sens de sa valeur. Il rejetait nettement toute idée de suicide, bien que, dans sa philosophie fataliste, la mort pourrait le délivrer de ses souffrances. L'état dépressif semblait fluctuant, puisqu'une semaine plus tard, ses réponses au questionnaire Beck Depression Inventory se situaient dans la zone de dépression sévère. Le Dr J_____ ne considérait pas que les traits de caractère de l'assuré rendaient compte d'une personnalité pathologique. Il ne présentait de plus ni phénomènes psychosensoriels, ni état délirant, ni signes d'automatisme mental, ni atteinte du cours de la pensée, ni éléments dissociatifs,

L'expert a posé les diagnostics d'épisode dépressif sans précision (F 32.9) et de difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z 59).

S'agissant de la capacité de travail, les limitations psychiques tenaient uniquement au fait que l'assuré ne pouvait à aucun moment faire abstraction des difficultés

économiques qui le rongeaient. A la question de savoir s'il y avait aggravation de l'état de santé, l'expert a noté « Pas de réponse ».

15. Interpellé par l'OAI, le Dr J_____ 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. Cet état était de même nature que celui décrit dans le rapport du COMAI, lequel avait émis une appréciation globale de la capacité de travail n'individualisant pas le problème psychique. Il était ainsi difficile de faire une comparaison.
16. Dans un avis du 1^{er} mai 2003, le service médical régional de l'AI (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 sa capacité résiduelle de travail ne saurait être inférieure à 60 %.
17. Par décision du 15 mai 2003, confirmée sur opposition le 24 février 2004, l'OAI a refusé d'augmenter la rente de l'assuré. Se référant à l'avis du SMR, il a considéré 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 J_____ 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 %.
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. Ce dernier avait finalement accepté une prise en charge psychiatrique, sans effet sur le plan psychique.
19. Dans son rapport du 13 juin 2005, le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, 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. Dans son avis du 13 septembre 2005, la doctoresse L_____, médecin au SMR, a considéré qu'il n'y avait ni aggravation de l'état de santé de l'assuré ni nouvelle atteinte, de sorte que la capacité de travail exigible restait de 60 % dans toute activité.
21. Dans une communication du 28 septembre 2005 à l'assuré, l'OAI a conclu que le degré d'invalidité de ce dernier n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Dite communication précisait que l'assuré avait la possibilité de requérir une décision sujette à opposition.

22. En date des 25 janvier et 2 février 2006, le Dr K_____ a derechef fait état d'une aggravation de l'état psychique de l'assuré et a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le début de l'année 2005.
23. Le 20 février 2006, l'OAI a indiqué au Dr K_____ qu'en l'absence d'aggravation objectivée, il maintenait son appréciation.
24. Dans le cadre de la révision périodique de la rente initiée par l'OAI, le docteur M_____, médecin praticien, a signalé dans son rapport du 5 décembre 2008 une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il retenait 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. L'assuré ne devait pas porter des charges lourdes, fléchir le tronc, marcher sur plus de 100 mètres, ou travailler dans une ambiance stressante. Une prise en charge psychiatrique était nécessaire, mais l'assuré ne voulait plus consulter de psychiatre.

Le Dr M_____ a notamment joint les documents suivants :

- deux rapports d'IRM dorsolombaire et cervicale du 12 mars 2003, lesquels concluaient à des séquelles d'une maladie de Scheuermann ; à une protrusion discale en D11-D12 et à une protrusion discale en D12-L1; à des dégénérescences discales étagées avec une discarthrose en C5-C6 et C6-C7 ; à une importante protrusion discale en C5-C6 ; à une protrusion discale en C6-C7 ; ainsi qu'à une compression du cordon médullaire sans signe de myélomalacie ;
 - rapport d'IRM du genou droit réalisée le 21 octobre 2005, révélant une lésion du ménisque interne et une chondropathie de grade III à IV au niveau du versant interne de la rotule ;
 - rapport d'IRM du genou gauche effectuée le 6 août 2008, laquelle avait notamment mis en évidence une chondropathie rotulienne de grade II et une déchirure du ménisque interne, une formation synoviale et un tendon quadricipital tuméfié dans sa partie distale ;
 - protocole d'arthroscopie du genou gauche du 27 novembre 2008.
25. En date du 3 février 2009, le docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic de syndrome du tunnel carpien bilatéral.
26. Dans un rapport du 16 février 2009, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a confirmé que le syndrome du tunnel carpien et les lésions des ménisques internes des deux côtés étaient de nouveaux diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail.

27. Par communication du 20 février 2009, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il avait examiné son droit à la rente et qu'il confirmait son degré d'invalidité de 40 %. L'OAI indiquait que l'assuré pouvait solliciter une décision sujette à recours.
28. En date du 15 mars 2011, l'assuré a une nouvelle fois requis la révision de son droit à la rente. Il a signalé des douleurs dans les articulations, aux épaules et à la nuque.
29. Le 20 mars 2011, le Dr M_____ a diagnostiqué une dépression nerveuse, des gonalgies bilatérales invalidantes et un probable syndrome du tunnel carpien bilatéral. Il a précisé que l'assuré était séparé de son épouse depuis 2009, et que son état psychique s'était détérioré depuis lors. 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, le Dr M_____ 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 de scanner des colonnes lombaire et sacrée du 6 juin 2011, concluant notamment à un canal lombaire relativement étroit, à une discarthrose étagée, à une protrusion discale L2-L3 et L5-S1, à une cunéisation de D12, à un signe de bifida occulta de S1 et à une dégénérescence discale en L5.

31. Le 27 octobre 2011, le Dr D_____ a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F 32.1) 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'assuré 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 défense bien fixés de type paranoïaque, 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 hebdomadaires de psychothérapie 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. Elle a révélé un discret épanchement intra-articulaire et un kyste poplité de faible épaisseur, ainsi qu'une chondropathie rotulienne de grade III et une déchirure de grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne.
33. L'OAI a confié une nouvelle expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (ci-après CEMed). Les docteurs P_____, spécialiste FMH en rhumatologie, Q_____, spécialiste FMH en médecine interne, et R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 31 octobre 2012.

Ces experts ont résumé le dossier, complété par l'historique médical de l'assuré. Ce dernier disait ne pas considérer qu'il souffrait de troubles psychiques. Il se reprochait toutefois certains comportements, notamment envers certains membres de sa fratrie. Il se décrivait comme quelqu'un de très réactif à l'injustice. Interrogé sur l'évolution de son état psychique, il disait que tout allait bien certains jours, alors qu'il nourrissait un important sentiment d'échec à d'autres moments. Son état était fortement influencé par les événements. Il avait tendance à beaucoup ruminer. Il avait des problèmes de concentration. L'assuré était devenu méfiant avec le temps. Il n'avait pas d'hallucinations, mais entendait parfois des voix. Il n'y avait pas de sentiment de persécution, mais il rapportait que l'intégration en Suisse n'avait pas toujours été facile. Il n'y avait pas de phénomène de lecture ni d'imposition de la pensée. Depuis qu'il avait été victime d'une agression en avril 2012, il était plus craintif. Il ne décrivait pas d'épisode d'anxiété paroxystique. En revanche, il pleurait beaucoup et était très émotif. Il craignait la survenance d'une maladie et avait peur pour l'avenir de ses enfants. Il avait fréquemment des angoisses somatiques. Il ne présentait pas de cognition agoraphobe. Il n'y avait pas d'élément de phobie sociale. L'état de fatigue était variable, tout comme le niveau d'énergie. Il était parfois irritable. Sa capacité à éprouver du plaisir était réduite. Il avait parfois des sentiments de dévalorisation et globalement une baisse de la confiance en soi. L'assuré avait présenté des idées noires et des idées de suicide, mais cela n'était plus le cas au moment de l'expertise. Au plan physique, il se plaignait notamment de douleurs aux genoux, aux mains, ainsi que de cervicalgies chroniques et de lombalgies.

Lors de son examen, le Dr R_____ a noté une tendance à la digression dans les réponses. L'assuré ne présentait pas de trouble de la vigilance. L'orientation était normale. L'expert n'avait pas observé de troubles cognitifs, bien que la concentration fasse l'objet de plaintes. L'assuré paraissait assez en confiance durant tout l'entretien. Il n'était pas particulièrement tendu. Il ne présentait pas non plus de signe neurovégétatif d'anxiété. L'assuré avait manifesté une réactivité émotionnelle plus importante à une ou deux reprises, surtout en fin d'entretien, lorsqu'il avait commencé à parler de sa fille à qui il ne pouvait pas offrir tout ce qu'il souhaitait. En dehors de cela, il s'était montré souriant à de nombreuses reprises et le contact était plutôt agréable. Il ne présentait pas de ralentissement psychomoteur ni de

lassitude ou de fatigue. L'expert n'avait pas observé de tristesse particulièrement envahissante ou de perte de dynamisme. Les propos de l'assuré étaient bien ancrés dans la réalité. Il n'y avait pas d'attitude d'écoute ni de phénomène de barrage dans la pensée. Il n'y avait pas eu non plus de bizarrerie dans son comportement. L'attitude était globalement adéquate. L'assuré ne s'était pas montré interprétatif ni projectif.

À l'issue des examens cliniques, les médecins du CEMed ont noté dans leur appréciation que leurs confrères du COMAI n'avaient absolument pas discuté pour quels motifs ils s'écartaient de l'avis de la Dresse G_____. Il y avait des contradictions patentes dans cette expertise. Ils ont considéré que sur le plan de la médecine interne, il n'y avait pas de plaintes significatives. Le petit syndrome d'hyperréactivité bronchique n'altérait pas la capacité de travail. Du point de vue rhumatologique, la Dresse P_____ concluait à des gonalgies de type mécanique, en relation avec des troubles dégénératifs modérés visualisés sur les IRM. L'assuré se plaignait également de lombalgies chroniques. Un scanner lombo-sacré, effectué le 6 juin 2011, décrivait des troubles dégénératifs étagés et des protrusions discales sans conflit avec les racines. On ne retrouvait plus la description de cervico-brachialgies gauches, mais l'assuré se plaignait de douleurs des deux mains avec des troubles sensitifs non systématisés touchant tous les doigts ainsi que les orteils. 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. Au vu des lombalgies, il était limité dans les ports de charges de plus de 10 kg. La capacité de travail était entière dans une activité légère, plutôt assise. Du point de vue psychique, l'expert retenait en premier lieu une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31). Par le passé, ce trouble s'était manifesté par des comportements auto-agressifs et une labilité émotionnelle. Ce trouble de la personnalité était décrit avec beaucoup de constance dans les différents rapports psychiatriques. Il avait été la cause de difficultés interpersonnelles, notamment avec son ex-épouse. Toutefois, l'assuré rapportait une certaine amélioration avec le traitement pharmacologique. Il n'y avait pas lieu de retenir une modification de la personnalité en lien avec les événements vécus durant la guerre. L'assuré pouvait évoquer ces événements sans exprimer de réactivité émotionnelle particulière. De plus, dès son arrivée en Suisse, il avait rapidement pu s'intégrer et trouver un emploi. Cela parlait en défaveur d'une modification durable de la personnalité secondaire à un état de stress post-traumatique. On retrouvait également 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. L'expert psychiatre ne retrouvait pas d'éléments psychotiques sous la forme de traits paranoïaques, l'assuré ne se montrant pas méfiant ni particulièrement interprétatif. Il pouvait toutefois vivre certains événements sur un mode persécutoire, selon certains éléments du dossier médical. Ce trouble était présent de longue date et ne l'avait pas empêché de trouver un emploi en Suisse. Maintenant que l'assuré était intégré en Suisse, ce trouble n'avait

plus de répercussion sur la capacité de travail. Ce trouble avait certainement conditionné la péjoration du trouble de l'humeur suite à une rupture conjugale en 2009 et 2012. En second lieu, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent. Actuellement, l'épisode était léger, sans syndrome somatique (F 33.00), en l'absence de traitement antidépresseur. Bien que l'assuré ait affirmé dans un premier temps prendre un antidépresseur, ce médicament n'avait pas été dosé dans le sang. Le trouble de l'humeur avait certainement été plus décompensé dans un passé récent, notamment à la suite d'une rupture sentimentale en 2009. Deux médecins avaient retenu un épisode dépressif moyen entre 2009 et 2011. On pouvait considérer, vu la structure de personnalité de l'assuré, que cet événement avait été la cause d'une péjoration de son état psychique suffisamment marquée pour entraîner une incapacité de travail de 100 %, de façon transitoire jusqu'au moment de l'évaluation du Dr R_____. En l'absence de dates précises, ce dernier retenait arbitrairement (*sic*) une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012. Actuellement, cette atteinte était sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il n'y avait pas d'élément clair pour un trouble somatoforme. Aucun des psychiatres ayant examiné l'assuré n'avait retenu une telle affection. Lors de la première expertise réalisée pour l'OAI, les experts somaticiens s'étaient écartés de l'avis de la psychiatre sans motiver leur décision. Le trouble somatoforme douloureux retenu fondait l'incapacité de travail. L'intensité du suivi actuel ne reflétait pas la sévérité des affections psychiatriques de l'assuré, et il y avait une discordance entre l'intensité du suivi et l'absence d'affection psychiatrique selon l'assuré. Actuellement, ce dernier ne présentait plus de limitations fonctionnelles, et sa capacité de travail était entière. Compte tenu de la période d'inactivité, il devait être soutenu en vue de retrouver une activité professionnelle. Rétrospectivement, il était très difficile de mettre en évidence des limitations fonctionnelles précises durant la période d'incapacité de travail, mais on pouvait retenir en premier lieu un sentiment d'impuissance et un vécu persécutoire. Depuis l'octroi des prestations d'invalidité, il n'y avait pas eu d'amélioration clinique significative. Les atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient des gonalgies bilatérales sur gonarthrose et des lombalgies chroniques. En revanche, le tunnel carpien bilatéral très modéré, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F 33.00), et la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31) n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Les experts ont précisé qu'ils ne savaient pas si les limitations fonctionnelles étaient adaptées à l'activité habituelle de technicien au service après-vente.

34. Dans un avis du 20 juin 2013, la doctoresse S_____, médecin au SMR, a repris les conclusions des experts. Elle a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré ou de nouvelle atteinte de longue durée, de sorte que les conclusions du SMR du 1^{er} mai 2003 demeuraient valables.

35. Par communication 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.
36. Dans un courrier du 27 août, complété le 9 septembre 2013, l'assuré a contesté l'appréciation de l'OAI. Il a produit une attestation du Dr D_____ du 5 septembre 2013, selon laquelle sa capacité de travail était actuellement de 25 % et pourrait être augmentée à 50 % une année après, voire à 100 % deux ans plus tard en cas d'évolution favorable.
37. Dans un rapport du 9 septembre 2013, le Dr M_____ a notamment rappelé que l'assuré se plaignait de lombalgies chroniques sur des hernies discales multiples, ainsi que de gonalgies. Il invitait l'OAI à se fonder sur le rapport du Dr D_____.
38. Le 28 février 2014, la Dresse S_____ a 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.
39. Par décision du 12 mars 2014, l'OAI a confirmé le refus 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.
40. Par écriture du 26 avril 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire et à la dispense des frais de recours, à l'audition des Drs D_____ et M_____, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et au fond à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à ce qu'il soit reconnu qu'il était totalement invalide du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. En substance, le recourant a invoqué une aggravation de son état de santé depuis 2010, sa capacité de travail étant de 25 % au plus selon ses médecins traitants. Au vu des conclusions contradictoires des experts et des Drs M_____ et D_____, une expertise se justifiait.
41. Le 29 avril 2014, la chambre de céans a adressé un formulaire de demande d'assistance juridique au recourant, qu'elle l'a invité à déposer auprès de l'autorité compétente.
42. Dans sa réponse du 27 mai 2014, l'intimé a allégué que la décision litigieuse était manifestement erronée. C'était en effet à tort qu'un quart de rente était encore versé au recourant. L'expertise du CEMed démontrait en effet une amélioration notable sur le plan psychique et une capacité de travail entière dès le 1^{er} janvier 2013. Il a ainsi conclu à une réformation de la décision au détriment du recourant.
43. Dans sa réplique du 9 juillet 2014, le recourant a allégué que le Dr J_____ s'était contenté de lui faire remplir des questionnaires qu'il n'avait pas compris. Il a évoqué ses souffrances et ses échecs.
44. Le 21 juillet 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

45. Par courrier du 30 octobre 2014, la chambre de céans a informé les parties du fait qu'elle entendait mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire et leur a imparti un délai pour se déterminer sur les experts pressentis et les questions qui leur seraient soumises.
46. L'intimé a indiqué le 13 novembre 2014 qu'il n'avait pas de questions complémentaires à soumettre aux experts désignés.
47. Par ordonnance du 18 novembre 2014 (ATAS/1182/2014), la chambre de céans a chargé les docteurs T_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et U_____, spécialiste FMH en psychiatrie, de l'expertise du recourant et les a invités à procéder à une appréciation consensuelle du cas.

Elle a retenu que la question de savoir si le degré d'invalidité du recourant s'était modifié devait être analysée en comparant la situation à celle fixée au 28 septembre 2005, date de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente du recourant, qui se fondait sur les appréciations du COMAI et du Dr J_____. En juin 2013, le SMR avait conclu que la dernière expertise confiée au CEMed ne retenait pas d'aggravation de l'état de santé. Or, la décision du 12 mars 2014 s'écartait sans motivation des conclusions du rapport du CEMed. En effet, bien que les experts de ce centre aient admis une totale incapacité de travail du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012, l'intimé concluait à l'absence de fait nouveau en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant. De plus, les experts du CEMed avaient considéré que le diagnostic de lombalgies chroniques avait une influence sur la capacité de travail, alors 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 mentionnait des gonalgies bilatérales 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 autre motivation. Par ailleurs, si l'expertise du CEMed se fondait sur le dossier du recourant et des examens complets et contenait une anamnèse détaillée, elle présentait des contradictions et ses conclusions étaient discutables. On comprenait ainsi mal comment les experts pouvaient conclure que le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31), dont ils admettaient qu'il avait eu une influence sur la capacité de travail du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012, n'avait plus de répercussion depuis que le recourant était intégré en Suisse. Les déclarations du recourant tendaient d'ailleurs à admettre une certaine désocialisation plutôt qu'une intégration récente. Le Dr R_____ avait indiqué qu'il retenait arbitrairement, en l'absence de dates précises, une incapacité totale de travail du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012 sans se prononcer sur la période antérieure. Il n'était ainsi pas possible de déterminer si les experts du CEMed confirmaient 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, de nombreuses pièces du dossier attestaient de l'existence d'un trouble

dépressif d'intensité sévère avant 2009. Dans la mesure où les experts s'écartaient des conclusions du Dr K_____, psychiatre traitant consulté à l'époque, ils auraient dû expliquer les raisons pour lesquelles ils excluaient une incapacité de travail imputable au trouble dépressif avant 2009.

Au plan rhumatologique, les médecins du CEMed avaient admis une capacité de travail entière dans une activité légère, plutôt assise, et établi plusieurs limitations fonctionnelles. Parallèlement, ils avaient 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. De telles conclusions apparaissaient contradictoires. L'appréciation des experts quant à la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle était très incertaine.

Eu égard à ces éléments, le rapport des Drs P_____, Q_____ et R_____ n'apparaissait pas convaincant. De plus, aucun autre rapport médical ne revêtait une pleine valeur probante.

48. Le Dr T_____ a remis le volet rhumatologique de l'expertise à la chambre de céans en date du 6 février 2015.

Le rhumatologue a précisé que le recourant avait été examiné conjointement avec le Dr U_____. Il a résumé le dossier médical du recourant et a relevé son anamnèse médicale et personnelle. Il a relaté les plaintes du recourant et a rapporté les observations résultant de son examen clinique. Le Dr T_____ n'avait notamment pas relevé de signe de non-organicité selon Wadell ou de points de fibromyalgie. Après avoir pris connaissance du dossier radiologique du recourant, il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonalgies bilatérales sans signes méniscaux ; de chondropathie rotulienne de grade III à droite ; de déchirure partielle de la corne post ménisque interne à droite ; de status post-arthroscopie du genou droit en 2008 ; de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ; de discopathie L5-S1 modeste ; de douleur de l'avant-pied droit sur légers troubles dégénératifs du 1^{er} rayon des articulations métacarpo-phalangiennes ; de cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ; de troubles dégénératifs C5-C6 et C6-C7 et de syndrome du tunnel carpien bilatéral. L'assuré présentait également les atteintes suivantes, sans répercussion sur la capacité de travail: omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie ; status post-ablation d'un kyste latéro-thoracique en 2002 ; status post-hématome frontal en 1965 ; et tabagisme chronique.

Dans son appréciation, l'expert a considéré que le recourant devrait continuer la prise en charge physiothérapeutique régulière afin d'éviter un déconditionnement physique. Il serait opportun qu'il puisse bénéficier d'une ceinture lombaire, surtout lors des mouvements et des ports de charges en porte-à-faux. Les limitations fonctionnelles étaient les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg et de manière répétitive, les mouvements répétitifs de flexion-

extension de la nuque, les mouvements de gèneuflexion répétés et la marche prolongée, surtout en terrain accidenté, ainsi que les mouvements de préhension répétitifs et les mouvements en-dessus de l'horizontale. Dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail pouvait être estimée à 60 % sans diminution de rendement (vente d'objets ou de nourriture légère, surveillance, accueil), en tenant compte de l'aspect psychiatrique. Le Dr T_____ rejoignait ainsi partiellement l'avis du Dr H_____, qui estimait dans l'expertise de 2001 que la capacité de travail était nulle dans les travaux de force et de 80 % dans une activité adaptée, et son appréciation s'apparentait partiellement à celle de la Dresse P_____, qui admettait une capacité de travail entière dans une activité légère plutôt assise. De l'avis du Dr T_____, l'état de santé somatique s'était dégradé depuis 2008 par l'apparition de gonalgies bilatérales, d'un syndrome fémoro-patellaire et de troubles dégénératifs patellaires supérieurs, et d'un syndrome du tunnel carpien qui avait été documenté en 2011. Il n'y avait pas de signe de non-organicité ni de signe parlant en faveur d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Il estimait la capacité de travail dans l'activité antérieure de technicien en électronique à 0 %. Des mesures de réadaptation professionnelle paraissaient peu envisageables, vu l'âge du recourant.

49. Le Dr U_____ a rendu son rapport le 8 mars 2015, indiquant qu'il s'était fondé sur la lecture du dossier qu'il a résumé, ainsi que sur deux examens du recourant et un consilium avec le Dr D_____, relaté comme suit. Le psychiatre-traitant suivait le recourant depuis environ 3 ans en collaboration avec la psychologue-psychothérapeute. Les consultations étaient en principe hebdomadaires chez la psychologue et mensuelles chez le psychiatre. Ce dernier avait cependant dû par le passé intervenir en urgence à environ deux ou trois reprises, voyant le recourant jusqu'à 4 fois par mois. Il trouvait le recourant très déprimé et révolté lors de ces épisodes. Le recourant signalait des difficultés chroniques à assumer son rôle de père et de mari, et sa dégradation sociale. La fragilité narcissique, faisant partie des traits de la personnalité narcissique avec un idéal de soi trop élevé, constituait un élément important de la psychopathologie. Le recourant tendait à faire plaisir à son entourage de manière excessive, tout en maintenant une façade de «grand seigneur». Toutefois, les éléments de type domination étaient absents, excluant une personnalité narcissique classique. Le Dr D_____ indiquait un trouble de type état limite, avec des passages à l'acte et une instabilité affective chronique. La pathologie thymique primait pour l'heure sur les autres, même si le psychiatre traitant n'avait pas estimé jusqu'ici qu'un traitement antidépresseur soit utile. L'état dépressif au début du traitement était dramatique, avec des états que le psychiatre traitant qualifiait de confusions. Le recourant tirait des bénéfices de sa thérapie, à laquelle il adhérait. Le Dr D_____ ne souhaitait pas se prononcer sur les questions de capacité de travail et de réhabilitation, afin de préserver le cadre thérapeutique. Le Dr U_____ a ensuite établi une anamnèse fouillée du recourant, complétée par les éléments ressortant du dossier. Dans ce cadre, le recourant a rapporté qu'il avait agressé sa sœur aînée en 2007 ou 2008, la menaçant d'un couteau. Il n'avait

cependant pas de souvenir de cet épisode, qui lui avait été raconté par son frère et sa sœur. Il évoquait une péjoration de son état en 2010. Aboulique, il restait à la maison, n'allait pas chez le médecin et avait des projets suicidaires, auxquels il avait renoncé en pensant à ses enfants et ses parents. Il disait également avoir connu des phases très difficiles et récurrentes de janvier 2013 à janvier 2015, durant lesquelles il avait des idées de mort passives. Il avait perdu des cousins en 2013 et 2014, ce qui l'avait beaucoup affecté. Au plan professionnel, le Dr U_____ a noté que le recourant avait tenté de décrocher une place de vendeur dans de nombreux magasins d'électronique de 2004 à 2006, sans succès. En 2006-2007, il avait travaillé environ une semaine pour une société de limousines, poste trouvé par l'intermédiaire d'une connaissance. Il avait subi un accident dans le parking le premier jour et avait oublié de fermer le toit ouvrant d'une voiture au lavage. Le recourant vivait désormais seul dans un studio. Il était séparé de sa femme depuis 2008. Il la considérait comme merveilleuse et regrettait de lui avoir fait du mal. Leurs filles vivaient avec elle, il passait régulièrement pour les voir. Il indiquait de bonnes relations avec ses filles, mais avait de la peine à les supporter parfois et avait crié à quelques reprises, ce qui provoquait chez lui un sentiment de dégoût par rapport à lui-même de n'avoir pas réussi à se contenir. Il craignait de les frapper, bien que ce ne soit jamais arrivé. Bien qu'il admette le décès de sa mère, il disait l'entendre lui parler, lui donner des conseils et la voir à côté de lui. Elle lui apparaissait également à côté d'un interlocuteur, par exemple lorsqu'il parlait avec son frère, ou lorsqu'il pensait à elle. Il estimait que l'esprit de sa mère était encore réellement présent. Il entendait parfois d'autres voix lorsqu'il était seul chez lui, et craignait que quelqu'un ne cherche à lui nuire, à le frapper. Il était inquiet pour ses filles, car un de leurs voisins serait atteint psychologiquement et aurait déposé des sacs de bouteilles vides devant la porte de leur appartement. De chez lui, il entendait parfois ce voisin se disputer avec d'autres voisins et crier dans leur immeuble, alors qu'il habitait à 30 minutes à pied de chez ses filles. Il s'était levé une fois au milieu de la nuit, et s'était rendu chez ses filles à pied, pour surveiller l'immeuble. Socialement, il avait coupé tout contact avec ses amis après son licenciement et semblait très isolé. Certains de ses amis ne connaissaient pas sa situation. Il avait honte de son inactivité et de sa misère, il n'en parlait pas. Il sortait très peu de chez lui, uniquement pour se rendre dans son arcade ou chez ses filles, surtout parce qu'il craignait de se faire agresser dans la rue. Lorsqu'il marchait dans la rue, il avait souvent l'impression que quelqu'un le suivait avec l'intention de l'agresser. Il se sentait également regardé dans le bus ou craignait que quelqu'un lui reproche de le fixer et l'agresse ensuite. Il se considérait comme «un malade, un pauvre type». Le recourant avait des dettes de plus de CHF 300'000.- envers sa famille. Son frère lui donnait régulièrement des sommes importantes. S'agissant de la consommation d'alcool, le Dr U_____ a relaté que le recourant avait signalé une consommation excessive d'alcool de janvier à avril 2013. Il avait déclaré au rhumatologue boire 3 à 4 verres de whiskey par jour. Depuis Noël 2014, il avait bu environ 5 bouteilles de whiskey et fumait de la marijuana pour éviter de penser à ses problèmes. Le

recourant avait beaucoup joué au casino jusqu'en 2011-2012 et dilapidé beaucoup d'argent hérité ou donné par sa famille (CHF 2'500'000.- au moins, selon ses aveux). Le jeu lui permettait d'oublier ses douleurs, particulièrement lorsqu'il portait une minerve. Il ne jouait plus que très occasionnellement, indiquant ne plus se rendre qu'une fois par année environ au casino. Depuis une année et demie environ, le recourant louait une arcade en-dessous de l'appartement où habitaient son ex-femme et ses enfants, le loyer ayant été payé d'abord par son frère, puis par sa femme. Il essayait d'y vendre des objets et des vêtements lui appartenant ou appartenant à des amis, et proposait aussi de changer les piles de montres et d'effectuer de petites réparations qu'il confiait à des sous-traitants. Il n'arrivait plus à réparer les appareils qui lui étaient confiés en raison de douleurs aux mains et de troubles de la vision, et n'arrivait à ouvrir son magasin qu'une fois par semaine environ. Son psychiatre serait venu faire une consultation sur place et lui aurait conseillé de le fermer, car aucun objet ou vêtement ne serait vendable à son avis. Le chiffre d'affaires total évoqué était de CHF 1'000.- à CHF 2'000.-. Il avait l'espoir de réussir à s'en sortir et était extrêmement déçu de lui-même.

Relatant le status, le Dr U_____ a précisé que les deux entretiens s'étaient déroulés sur deux journées consécutives, d'une durée totale de plus de 9 heures. Le recourant avait une présentation clochardisée. Il était vigile et orienté aux quatre modes. La mimique était conservée mais le recourant demeurait la plupart du temps triste, bien qu'il soit capable de sourire ainsi que d'exprimer de brefs rires motivés. Il se montrait morose et dévalorisé, désespéré, espérant une guérison miraculeuse, dans un état de ras-le-bol général. Il était tendu et signalait une angoisse respiratoire. L'intelligence se situait dans la norme. Le recourant présentait quelques troubles de la série cognitive. Il se trompait parfois de date mais était capable globalement de restituer son anamnèse biographique. Une lenteur importante était constatée dans les calculs. Il disait avoir été observé méchamment durant son trajet en train et, de manière générale, s'était senti craintif par rapport à la possibilité d'une agression. Des phénomènes du registre psychotique n'étaient pas observés ni signalés en cours d'entretien. Les épisodes de nature délirante ou hallucinatoire relatés n'étaient pas critiqués, ou alors très faiblement. Le recourant frappait par un fort sentiment de culpabilité et de honte envers sa famille, et en particulier envers sa défunte mère. Les événements étaient relatés de manière générale avec une tonalité abandonnique. Le recourant était particulièrement prolix, il racontait les événements de manière digressive et avait besoin d'être canalisé en permanence. Il n'existait pas de suicidalité active scénarisée. Toutefois, le recourant maintenait une envie de mort persistante, sur un mode passif, souhaitant disparaître, par exemple à la suite d'un infarctus abrupt, sans gêne pour sa famille. Il semblait refouler fortement sa problématique affective, tenant à garder en permanence une façade solide et sûre de lui. Il donnait l'impression d'être un gentleman à l'orientale, avec des manières aristocratiques, complètement brisé et effondré. Il laissait apparaître une forte immaturité, un idéalisme démesuré, une empathie excessive et de la naïveté dans la relation avec autrui. Il était arrivé en

retard au deuxième rendez-vous, muni de plusieurs classeurs contenant des certificats de travail ainsi qu'un curriculum vitae de 1985. Il avait en revanche été incapable de suivre les consignes transmises la veille pour le lendemain, à savoir amener sa liste de médicaments et remplir un questionnaire d'auto-évaluation de la dépression. Il faisait ainsi preuve d'une totale désorganisation malgré un fort sens des responsabilités. Selon l'échelle de dépression de Hamilton (hétéro-évaluation), le score global était de 23 points sur l'échelle à 17 items et de 28 points sur l'échelle à 21 items, correspondant à un état dépressif très sévère. Selon le questionnaire d'auto-évaluation de Beck, le score de 39 points correspondait à une dépression sévère.

Les diagnostics psychiques retenus étaient ceux de trouble schizo-affectif, à type dépressif (F 25); d'abus d'alcool (F 10.1); de dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (F 13.2); d'abus de cannabis (F 12.1); de jeu pathologique (F 63.0); de dépendance à la nicotine, moyenne (F 17.24); de personnalité borderline décompensée (F 60.3); de traits de personnalité narcissique, décompensés (F 60.8); et de défenses hypomanes, traits perfectionnistes. S'agissant du trouble schizo-affectif, l'expert a noté que le dossier médical indiquait la présence d'un trouble dépressif majeur de gravité sévère pendant de nombreuses années, et rien ne permettait de conclure à une rémission significative de l'état dépressif majeur depuis 1998. Il n'était pas possible d'identifier depuis cette date une période d'au moins deux mois pendant laquelle le recourant ne présentait pas des symptômes caractéristiques de l'état dépressif majeur. Par conséquent, il ne s'agissait pas d'un état récurrent mais d'un état isolé, inaugural, chronique, sans aucune rémission durable pendant ce temps. Le diagnostic d'état dépressif récurrent était dès lors erroné. Le recourant ne remplissait pas les critères pour un trouble cyclique de l'humeur. En particulier, une véritable bipolarité de type I était absente. La question pourrait se poser quant au diagnostic différentiel entre une bipolarité de type II et la présence de défenses hypomanes. Au cours de son activité professionnelle, surinvestie jusqu'en 1997, le recourant s'était montré hyperactif, dormant parfois peu. Il n'y avait toutefois pas à l'investigation approfondie de critères en faveur d'une véritable bipolarité de type II. Les défenses hypomanes pourraient également s'interpréter dans un contexte de deuil prolongé après le décès des deux parents en 1992 et 1993. Le dossier ne comportait pas de véritable diagnostic dans le registre psychotique. Toutefois, il existait plusieurs indices, et ce déjà depuis 2002, en faveur de la présence de troubles de ce registre. En mai 2002, le rapport du psychologue indiquait la présence d'idées de malveillance. Le psychiatre traitant décrivait en octobre 2011 un recourant persécuté, avec des défenses paranoïaques. L'expert du CEMed signalait un vécu persécuté à titre de limitation principale. Le recourant avait d'ailleurs déclaré entendre des voix, sans que l'expert n'approfondisse cet aspect. Il présentait pourtant un délire paranoïaque, probablement de longue date, qui persistait. Il s'était senti observé méchamment dans le train de Genève, il se sentait poursuivi et avait peur dans la rue. Il avait

également des hallucinations auditives. Il avait agressé sa sœur en 2007 ou 2008 avec un couteau, sans se souvenir des détails. Il s'agissait certainement d'une décompensation psychotique de nature paranoïaque, qui indiquait l'ancienneté du trouble. Il y avait ainsi clairement une atteinte psychotique complexe, délirante comme hallucinatoire, ayant un impact fonctionnel important, et qui n'était pas congruente avec l'humeur. Cette atteinte n'avait pas été diagnostiquée jusqu'ici et son impact fonctionnel avait été clairement sous-évalué.

S'agissant de l'abus d'alcool, le recourant avait parfois bu en quantités très importantes. Il maintenait une consommation significative d'alcool. Il disait consommer au moins un somnifère par jour, mais sa consommation pouvait augmenter à 10 comprimés par semaine. Il avait également été longtemps au bénéfice d'un traitement neuroleptique sédatif et semblait ne pas pouvoir se passer du traitement anxiolytique sédatif, dont il était probablement dépendant. Le jeu pathologique était également un trouble sévère.

Le Dr U_____ a encore précisé qu'il écartait le syndrome de stress post-traumatique. Le recourant ne gardait en effet pas de tableau post-traumatique de la guerre Iran-Irak. Le trouble panique n'était pas non plus retenu, malgré la présence de symptômes neurovégétatifs tels qu'une oppression thoracique et des palpitations occasionnelles, car un diagnostic autonome de trouble panique ne semblait pas être en avant-scène. Malgré la présence de quelques vérifications compulsives telles que la fermeture de la porte de l'appartement, le recourant ne semblait pas présenter un véritable trouble autonome de la série obsessionnelle-compulsive. S'agissant du trouble somatoforme douloureux, il n'était pas non plus retenu. En ce qui concernait le trouble de la personnalité de type borderline sur fond d'importante immaturité affective, avancé par la Dresse G_____, les HUG en 2005, le Dr K_____, le Dr D_____ ainsi que le Dr R_____, l'expert a considéré que le recourant présentait en effet l'ensemble des critères caractéristiques d'un grave trouble de la personnalité de type borderline décompensé. Il manifestait une hypersensibilité par rapport aux abandons réels ainsi qu'anticipés, une instabilité dans les relations interpersonnelles, une fluctuation entre une idéalisation excessive et une dévalorisation, une impulsivité associée à des comportements délétères tels que la consommation abusive d'alcool et de cannabis. L'addiction au jeu pathologique, soit «l'addiction sans substance» faisait aussi partie de ce registre. Le recourant présentait une instabilité avec réactivité marquée de l'humeur, une colère intériorisée ainsi que la présence d'une idéation persécutoire et des symptômes dissociatifs. Sur fond d'une grande immaturité, associée à une certaine naïveté, on diagnostiquait la présence d'un véritable trouble de la personnalité décompensé, et pas de traits de la personnalité comme le suggéraient les experts du COMAI en 2001. Au trouble de la personnalité de type borderline s'ajoutaient des traits narcissiques décompensés. Ceux-ci étaient déjà mentionnés dans l'expertise de 2001, mais leur impact n'avait pas été précisé. Ils étaient pourtant importants en ce qui concernait les circonstances de la perte du dernier emploi en 1997 ainsi que la

capacité réduite du recourant à pouvoir s'adapter à certains milieux professionnels. Sa famille provenait en effet d'un milieu aristocratique iranien, dont il gardait une fierté et des manières de «grand seigneur ». La réussite professionnelle de son père et de ses deux frères l'exposait à des exigences élevées. Il était par ailleurs celui qui aurait étudié le moins parmi les hommes de la famille. Sous cette forme de dévalorisation chronique, le recourant avait été poussé vers une ambition excessive pendant sa vie professionnelle. D'autre part, brisé depuis de nombreuses années sur le plan narcissique, il mettait en avant des défenses narcissiques, s'accrochant au peu qui lui restait des réussites d'antan. Il ne présentait pas un véritable trouble narcissique au sens nosologique du terme, car il manquait les éléments liés à la domination, ainsi que l'arrogance caractéristique de ce trouble. Il se montrait empathique et n'avait pas la notion que tout lui était dû. En revanche, il était probable que les traits de personnalité de ce registre, chroniquement décompensés, aient joué un rôle important dans le développement du jeu pathologique.

En conclusion, le recourant présentait des troubles psychiques depuis son accident du 6 décembre 1997, voire avant. La gravité du trouble schizo-affectif pouvait être considérée comme sévère. Les dépendances étaient accessoires à ce trouble principal et leur gravité actuelle pouvait être considérée comme faible. Le trouble de la personnalité, notamment borderline, était décompensé et de gravité sévère. En effet, la décompensation de la personnalité induisait la grave décompensation du trouble thymique anxieux et psychotique. Le trouble schizo-affectif occasionnait de nombreuses limitations fonctionnelles: la tristesse persistante induisait une perte de l'élan vital, un sentiment de désespoir et une incapacité à se projeter de manière positive dans l'avenir. Les troubles du sommeil entraînaient une fatigue diurne avec des troubles cognitifs, dont une désorganisation générale, des oublis et une dispersion. Les algies et les céphalées limitaient également le recourant. Dans le registre psychotique, le délire paranoïaque était une limitation importante. La suicidalité constituait un risque majeur, mais le recourant était également exposé au risque hétéro-agressif, les deux étant limitatifs en cas d'exposition supplémentaire à un stress professionnel. Les consommations d'alcool et de cannabis constituaient une entrave au fonctionnement tant que le recourant ne les maîtrisait pas. La consommation de benzodiazépines entraînait des limitations cognitives. Le trouble de la personnalité de type état-limite fragilisait de manière générale le recourant. Le trouble narcissique avait un impact relationnel, surtout en ce qui concernait la capacité du recourant à travailler en tant que subordonné. L'expert a qualifié la compliance du recourant de satisfaisante au vu de son degré de compréhension de ses troubles et de l'indication au traitement. Il suivait la prise en charge psychothérapeutique. Pour l'adhésion au traitement psychotrope, la situation était différente. Dans son désespoir, le recourant avait progressivement perdu confiance, surtout en ce qui concernait la prise en charge médicamenteuse qui n'était pas parvenue à amender ses troubles.

L'évolution globale des dix dernières années avait été défavorable. Le recourant ne disposait pas des ressources lui permettant de reprendre une activité professionnelle. Il ne bénéficiait d'aucune capacité de travail sur le plan psychiatrique depuis l'accident du 6 décembre 1997. La situation n'avait pas varié pendant toutes ces années.

Le Dr U_____ s'est déterminé sur les rapports des précédents experts. S'agissant des médecins du COMAI, il s'est étonné qu'ils s'écartent de l'avis de la Dresse G_____. On s'interrogeait notamment sur leurs compétences pour s'exprimer dans un domaine dans lequel ils n'étaient pas formés. Leur diagnostic «état dépressif récurrent F 32» était d'ailleurs erroné, car le code F 32 ne correspondait pas à un état dépressif récurrent mais à un état dépressif isolé. D'autre part, on ne comprenait pas pour quelle raison l'état dépressif, qualifié de grave par l'expert psychiatre, ne figurait pas dans le code des diagnostics. Les experts somaticiens s'étaient lancés dans des conjectures en insinuant une certaine amplification des symptômes. Ce point restait à prouver. Le recourant ne donnait pas l'impression d'être revendicateur ou d'avoir développé une attitude sinistrosique. La discrédance avec l'avis du Dr D_____, rendu trois mois plus tard, était d'ailleurs étonnante. L'expertise du Dr J_____ présentait aussi des lacunes significatives. Tout en utilisant de nombreuses échelles psychologiques pour évaluer et quantifier l'état dépressif, l'expert posait le diagnostic flou d'un «état dépressif sans précision F 32.9» alors qu'il avait évalué selon l'échelle de Hamilton de la dépression la présence d'une dépression avec un score global de 20 points. Le score au test Beck était de 22 points, et l'expert avait signalé que les réponses fournies une semaine plus tard correspondaient à celles d'une dépression sévère. Cette expertise n'approfondissait pas l'enfance et l'adolescence du recourant et ne permettait pas de comprendre son développement. Il était dès lors surprenant qu'elle puisse conclure que sa «personnalité ne pouvait être considérée comme pathologique». Par ailleurs, il ne se prononçait pas sur la capacité de travail. La dernière expertise du CEMed était quant à elle fortement contradictoire: les médecins avaient rapporté des plaintes d'oppression thoracique, des palpitations, une dyspnée, des vertiges ainsi qu'une chute, un important sentiment d'échec, une hypersensibilité relationnelle, des problèmes de concentration, d'importantes ruminations, des pleurs fréquents avec une grande émotivité. Le recourant signalait également une hypochondrie avec des angoisses somatiques et se décrivait comme fatigué, avec une tristesse fréquente, une irritabilité et une anhédonie. Il se sentait dévalorisé, présentait des troubles de l'endormissement ainsi que des difficultés à se rendormir. Les activités quotidiennes étaient très réduites. Ce tableau ne pouvait pas être considéré comme représentatif d'un état dépressif de gravité légère, d'autant moins que le recourant entendait parfois des voix. Le Dr R_____ n'avait pas approfondi les éléments de vécu persécutoire. Son expertise devait ainsi être considérée comme non probante.

50. Dans son avis du 23 avril 2015, le docteur V_____, médecin au SMR, s'est dit surpris par les diagnostics du Dr U_____. En effet, les dépendances étaient selon la CIM-10 un critère d'exclusion du diagnostic de trouble schizo-affectif. Il était par ailleurs étonnant que cette atteinte n'ait pas été retenue jusque-là. Quant au trouble borderline, la description des symptômes était celle d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et non borderline. S'agissant des traits de personnalité, ils ne pouvaient selon la doctrine médicale être décompensés. Par ailleurs, on ne pouvait admettre une bonne compliance au traitement, le Dr V_____ relevant que le recourant avait de lui-même arrêté plusieurs médicaments. De plus, toutes les évaluations précédentes avaient déterminé une capacité de travail de 60 %, alors que le Dr U_____ considérait que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis 1997. Partant, l'expertise du Dr U_____ ne pouvait être suivie, contrairement à celle du Dr T_____, pleinement convaincante.
51. L'intimé s'est déterminé le 27 avril 2015 sur l'expertise bidisciplinaire. Il a déclaré se rallier à l'avis du SMR du 23 avril 2015, qu'il a joint à son écriture. Il a repris les éléments relevés par le Dr V_____, affirmant qu'ils s'agissaient de contradictions qui ne permettaient pas de reconnaître de valeur probante à l'expertise du Dr U_____. Quant aux abus de substances signalés, ils ne justifiaient pas à eux seuls une incapacité de travail. Au sujet des troubles hallucinatoires, le Dr U_____ ne faisait que relayer les dires des patients. Par ailleurs, il s'agissait en l'espèce d'une procédure de révision. Or, le Dr U_____ avait procédé à une appréciation différente de ses confrères, et aucune détérioration n'avait été constatée depuis 2005. Partant, l'intimé considérait, conformément aux conclusions du Dr T_____, que la capacité de travail du recourant était bien de 60 % dans toutes les activités respectant les limitations fonctionnelles.
52. Le recourant s'est déterminé le 12 mai 2005. Il a contesté avoir des problèmes d'alcool, tout en admettant avoir pris de nombreux médicaments qui lui avaient été prescrits. Il est revenu sur son passé professionnel. Il a notamment joint d'anciens certificats de travail à son écriture.
53. La chambre de céans a entendu les parties en date du 26 août 2015.

La représentante de l'intimé a déclaré que l'expertise judiciaire ne mentionnait pas d'aggravation de l'état de santé, ni du point de vue somatique ni du point de vue psychiatrique.

Quant aux conclusions du Dr R_____, qui admettait une incapacité de travail complète durant 3 ans, elles valaient pour le passé et non pas pour le présent. L'intimé aurait dû calculer le degré d'invalidité correspondant à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Il pourrait se déterminer sur l'octroi d'une rente pour une partie depuis la demande de révision jusqu'à l'expertise au CEMed.

Il a confirmé qu'il considérait que l'expertise du Dr T_____ était convaincante. Il ignorait s'il y avait des atteintes à la santé nouvelles, mais les limitations fonctionnelles restaient les mêmes. Il était exact que le Dr T_____ admettait une aggravation depuis 2008. Cela étant, l'impact des limitations fonctionnelles était toujours identique, avec 60 % de capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au Dr U_____, il ne précisait pas si les incapacités de travail étaient dues exclusivement au trouble schizo-affectif et autres ou aux dépendances. Selon le SMR, l'expertise du Dr U_____ n'était pas probante et ne mentionnait de toute façon pas d'aggravation depuis 2005.

L'intimé a affirmé que ses précédentes décisions ou communications n'étaient pas manifestement erronées.

Le recourant a indiqué qu'il avait toujours aimé travailler. Il était encore suivi par le Dr D_____ et était sous médication.

À l'issue de l'audience, la chambre de céans a imparti un délai à l'intimé pour se déterminer sur les conclusions du Dr J_____, et par conséquent sur sa décision du 24 février 2004, sur l'existence d'un motif de révision compte tenu des conclusions de l'expertise réalisée par les Drs R_____ et P_____ et des conclusions de l'expertise judiciaire, ainsi que sur l'existence de motifs de reconsidération.

54. Dans ses déterminations du 14 septembre 2015, l'intimé a produit un avis du SMR du 1^{er} septembre 2015 ainsi que la photocopie d'un ouvrage, dont il a affirmé qu'il s'agissait de la CIM-10. L'intimé a souligné, s'agissant de l'existence d'un motif de révision, que la décision du 24 février 2004 n'avait pas fait l'objet d'un recours. Lors de la révision entamée en 2005, l'intimé avait indiqué à la suite du courrier du Dr K_____ du 25 janvier 2006 que faute d'éléments objectifs nouveaux, il confirmait son appréciation. Le recourant n'avait pas non plus exigé de décision susceptible de recours à la suite de la communication du 20 février 2009. S'agissant de la révision de 2011, l'intimé a relevé que le Dr R_____ avait mentionné que la cause de la détérioration de l'état de santé de 2009 à 2012 était une rupture conjugale. Or, les troubles psychiques réactionnels pouvaient être traités et n'avait donc pas de caractère invalidant selon la jurisprudence. De plus, le Dr R_____ avait évoqué que les dates retenues étaient arbitraires. Il n'y avait ainsi pas lieu de tenir compte de cette éventuelle incapacité de travail totale. Quant à l'expertise du Dr U_____, elle ne décrivait pas d'aggravation, si bien qu'il n'existait pas de motif de révision au sens de la loi. Elle n'avait de plus pas valeur probante. S'agissant de motifs de reconsidération, l'intimé a allégué que les décisions de révision successives étaient parfaitement justifiées et qu'il n'y avait dès lors pas lieu à reconsidération. En revanche, la décision du 12 mars 2014 était manifestement erronée. En effet, l'intimé aurait dû procéder sur la base des conclusions de l'expertise du 15 février 2013 jugée probante, à un nouveau calcul du degré d'invalidité et à la très probable suppression du droit à la rente.

Les documents suivants étaient joints à l'écriture de l'intimé :

- avis du 1^{er} septembre 2015 du Dr V_____, répétant que les dépendances aux substances psycho-actives selon la CIM-10 étaient des critères d'exclusion du diagnostic de trouble schizo-affectif, et que les dépendances étaient actuellement suffisamment importantes pour que le diagnostic ne soit pas retenu. Par ailleurs, l'expert n'indiquait pas quels étaient les diagnostics réellement incapacitants et ne s'expliquait pas sur les conséquences des multiples toxicomanies. Il ne s'exprimait pas non plus sur l'exigibilité d'un traitement psychiatrique ;
 - photocopie d'un extrait d'ouvrage reprenant les codes diagnostiques de la CIM-10 et indiquant sous F 25 : « G4. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Le trouble n'est pas attribuable à un trouble mental organique (au sens de F00-F09) ou à une intoxication (F1x.0), un syndrome de dépendance (F1x.2) ou un syndrome de sevrage (F1x.3 et F1x.4) liés à l'alcool ou à une autre substance psycho-active ».
55. Dans son écriture du 29 octobre 2015, le recourant, par son mandataire, a requis la communication des observations de l'intimé du 14 septembre 2015 au Dr U_____, à l'audition des experts judiciaires, à la mise en œuvre d'un examen afin de déterminer ses consommations d'alcool et de stupéfiants.
- Il a joint une attestation du 13 juin 2015 du Dr D_____, lequel certifiait n'avoir jamais observé chez le recourant de dépendance alcoolique. Ce dernier avait par le passé connu une période durant laquelle il avait consommé de l'alcool à l'excès, mais aucunement dans des quantités et modes impliquant un alcoolisme. La prise d'alcool s'était en outre estompée.
56. Le 30 octobre 2015, la chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé.
57. Par décision du Vice-président du Tribunal civil du 12 novembre 2015, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.
58. Par courrier du 18 novembre 2015, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans, la recevabilité du recours, le droit applicable ont déjà été déterminés dans l'ordonnance du 18 novembre 2014, de sorte qu'on peut y renvoyer.
2. En ce qui concerne l'objet du litige, on rappellera que la chambre de céans avait relevé dans l'ordonnance d'expertise du 18 novembre 2014 qu'il consistait à déterminer si l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis le 28 septembre 2005, date de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente.

Sur ce point, il faut toutefois souligner qu'en matière d'adaptation du droit à la rente au sens de l'art. 17 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA – RS 830.1), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité, la jurisprudence sur la reconsidération et la révision procédurale étant toutefois réservée (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré a été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4). S'agissant de la communication du 28 septembre 2005, elle a été émise par l'intimé sans instruction approfondie malgré les aggravations et les diagnostics nouveaux signalés par les Drs C_____ et K_____. Tel est également le cas de la communication du 20 février 2009, laquelle ne comprenait aucun examen matériel du droit à la rente malgré les nouvelles atteintes révélées dans le cadre de la procédure de révision, et de la prise de position adressée par l'intimé au Dr K_____ en date du 20 février 2006 – à supposer qu'on puisse la considérer comme une communication au sens formel du terme puisqu'elle n'a pas été adressée au recourant.

Partant, c'est en comparant la situation à celle qui a donné lieu à la décision du 24 février 2004, laquelle comprend un véritable examen du droit à la rente, qu'il y a lieu de déterminer si une aggravation s'est produite.

On précisera en outre que même s'il fallait interpréter les conclusions du recourant du 26 avril 2014 comme restreignant l'objet de sa contestation à l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps – et ce malgré sa demande d'instruction complémentaire et ses allégations sur sa capacité de travail, l'art. 61 let. d LPGA dispose que le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. En l'espèce, les parties et en particulier l'intimé ont eu l'occasion de se déterminer sur le droit aux prestations du recourant en dehors de la période visée par ses conclusions, de sorte que la chambre de céans est cas échéant fondée à statuer *ultra petita*.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut

raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

4. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI – RS 831.20), l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré avait droit à une rente entière s'il était invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré pouvait, d'après l'art. 28 al. 1^{bis} LAI, prétendre à une demi-rente s'il était invalide à 40% au moins. La nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) a entraîné l'abrogation de l'art. 28 al. 1^{bis} LAI, sous réserve des droits acquis (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 811/06 du 11 septembre 2007 consid. 3).

5. Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, 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).

Selon la jurisprudence, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPG (ATF 112 V 371 consid. 2b). 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 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3).

6. Aux termes de l'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie.

L'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI dispose que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée.

Ainsi, l'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPG), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif. Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Quant à l'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI, il règle le moment à partir duquel la modification en cause prend effet si la révision est demandée par l'assuré. L'augmentation prend effet au plus tôt dès le mois où la demande est présentée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.1).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. En l'espèce, on peut se demander si la décision prise par l'intimé le 24 février 2004 était conforme au droit.

En effet, l'expertise du Dr J_____, qui la fonde, ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante. En premier lieu, ce médecin n'a pas évalué la capacité de travail du recourant. Ses justifications ne convainquent pas non plus, notamment s'agissant de la difficulté de se prononcer sur une amélioration ou une aggravation de l'état de santé au plan psychique depuis l'expertise du COMAI. On rappellera en effet que la Dresse G_____ avait considéré que le seul trouble dépressif justifiait une incapacité de travail de 60 % à 70 %, et le Dr J_____ aurait pu à tout le moins se déterminer sur l'évolution de l'état de santé du recourant par rapport à cette appréciation. Sur le fond, le rapport du Dr J_____ semble consacrer une importance disproportionnée aux sièges choisis par le recourant, puisqu'il contient de nombreux détails à ce sujet, dont on distingue cependant mal la portée s'agissant de l'évaluation de l'état psychique de ce dernier. Par ailleurs, le Dr J_____ a soumis le recourant à des tests psychométriques, qui fondent apparemment l'essentiel de son évaluation. Or, en matière d'expertise portant sur des troubles psychiatriques, d'après une majorité d'auteurs, les tests psychologiques ne sont à considérer que comme un complément d'examen clinique (voir Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques *in* Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905 et ss), comme le retient d'ailleurs également le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 145/06 du 6 septembre 2006 consid. 4.2). Partant, ils ne peuvent se substituer à l'examen clinique approfondi déterminant en matière d'expertise psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_639/2011 du 5 janvier 2012 consid. 4.3.1). Le Dr J_____ a de surcroît émis l'hypothèse de l'invalidité des résultats des tests, au vu des difficultés du recourant à les remplir. Partant, on comprend mal comment il a pu fonder son évaluation sur ces éléments. De plus, au vu des digressions et des déclarations du recourant relatées par l'expert, il paraît contradictoire que ce dernier exclue sans autre explication une atteinte du cours de la pensée. Enfin, le Dr J_____ a noté au sujet de la capacité de travail que les limitations psychiques résultaient des seules difficultés économiques qui rongeaient le recourant. Or, il affirme dans ses explications du 23 avril 2003 à l'OAI que la capacité de travail est limitée de manière fluctuante par l'état dépressif, ce qui est manifestement contradictoire. En l'absence de conclusions motivées, précises et probantes de l'expert, l'avis du SMR du 1^{er} mai 2003 relève de la spéculation. La décision du 24 février 2004 résulte ainsi d'une instruction incomplète de la situation du recourant.

Malgré ce qui précède, il y a lieu de rappeler que lorsqu'une décision n'est plus susceptible de recours ordinaire, par exemple lorsque le délai de recours est échu sans avoir été utilisé, elle est définitive et bénéficie de la force de chose décidée. L'application du régime qu'elle établit est conforme à l'ordre juridique même si, en réalité, il est permis de penser que la décision était viciée (Pierre MOOR / Etienne POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd., Berne 2011, p. 378). La reconsidération d'une décision manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA reste certes possible, mais il s'agit là d'une simple faculté de

l'administration, et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 117 V 8 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1).

9. S'agissant de l'expertise mise en œuvre dans le cadre de la présente procédure, elle appelle les commentaires suivants.

En ce qui concerne le volet rhumatologique, le Dr T_____ a pris soin de motiver ses conclusions, qui ont été établies en parfaite connaissance du dossier et sur la base d'une anamnèse et de diagnostics posés à l'issue d'un examen clinique détaillé. C'est ainsi à juste titre que l'intimé n'en conteste pas les conclusions.

Quant à l'expertise du Dr U_____, elle comprend tous les éléments formels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur une parfaite maîtrise du dossier médical du recourant. En outre, l'anamnèse est très détaillée, les plaintes du recourant sont prises en compte et analysées, et l'examen clinique – qui s'est déroulé sur deux journées entières – est extrêmement fouillé. Les conclusions de l'expert psychiatre sont clairement motivées et elles reposent sur des diagnostics précis et clairs. Le Dr U_____ a de plus exposé de manière circonstanciée pour quels motifs il s'écarte de l'appréciation de ses confrères. Les critiques du SMR ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions du Dr U_____. S'agissant du fait que les dépendances seraient un critère d'exclusion du trouble schizo-affectif selon la CIM-10, on ignore sur quels éléments se fonde cette affirmation. La CIM-10 ne mentionne pas de tels critères d'exclusion dans ses versions officielles de 2004 et 2015, qui peuvent être consultées en ligne aux adresses respectives suivantes : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/05.html> et <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F20-F29>. La photocopie produite par l'intimé indique certes que les dépendances sont des critères d'exclusion. On ignore cependant de quel ouvrage elle est tirée. Quoi qu'il en soit, les dépendances signalées par le Dr U_____ appartiennent pour l'essentiel au passé, de sorte qu'on peut exclure leur incidence actuelle sur la capacité de travail du recourant. L'expert a du reste mentionné leur caractère accessoire et le fait qu'elles étaient actuellement de faible gravité. Le Dr V_____ n'étaye en outre pas son allégation, selon laquelle de simples traits de personnalité ne pourraient être décompensés selon la doctrine médicale. Au demeurant, il s'agit là d'un détail insuffisant pour nier la valeur probante d'une expertise aussi complète que celle du Dr U_____. Quant à la compliance au traitement, contrairement à ce que laisse entendre le Dr V_____, le Dr U_____ ne l'a pas qualifiée de bonne mais de satisfaisante au vu de la compréhension du recourant de ses troubles, ce qui est fondamentalement différent. Cette indication concerne de plus le traitement psychothérapeutique, le Dr U_____ ayant opéré une distinction avec l'adhésion au traitement médicamenteux, qu'il a qualifiée de non satisfaisante. S'agissant de l'affirmation du médecin du SMR, selon laquelle « toutes les évaluations précédentes » auraient retenu une capacité de travail de 60 %, elle confine à la légèreté. On rappellera que selon la Dresse W_____, la capacité de travail au plan psychique se situait entre 30 % et 40 % au plus. Le Dr J_____ ne l'a quant à lui

pas évaluée. Enfin, le Dr R_____ a admis pour la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012 une incapacité de travail totale.

Au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr U_____ doit se voir reconnaître pour l'essentiel une pleine valeur probante, sous réserve de ce qui suit. Il convient de s'écarter de ses conclusions au plan temporel, en tant qu'il fait remonter l'incapacité de gain totale du recourant à décembre 1997. En effet, la question de la capacité de travail pour la période courant de décembre 1997 à février 2004 a déjà fait l'objet de la décision de l'intimé rendue à cette date. Il n'appartient ainsi pas à la chambre de céans de revoir le taux d'invalidité fixé par cette décision entrée en force dans le cadre de la présente procédure. Dans un tel cas, il y a lieu, pour des motifs juridiques, de faire commencer l'incapacité de travail déterminante après la décision non contestée de l'intimé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2012 du 20 juin 2013 consid. 4.2).

Par ailleurs, si la qualité et le caractère détaillé de l'expertise du Dr U_____ ne peuvent être niés, le caractère probant des conclusions d'une expertise psychiatrique paraît de manière générale moins évident du fait qu'elles portent sur une période éloignée dans le temps. En l'espèce, si les constatations de l'expert au sujet de la capacité de travail et de gain récente du recourant sont parfaitement convaincantes, il paraît plus délicat de retenir rétrospectivement de manière catégorique que l'incapacité de gain du recourant est totale depuis 1997.

Quoi qu'il en soit, différents éléments du dossier concourent à démontrer que l'état de santé psychique du recourant s'est en réalité dégradé de manière notable après février 2004. Cela ressort notamment de l'aggravation rapportée par la Dresse C_____, qui a conduit le recourant à accepter une prise en charge psychiatrique dès octobre 2005. Le Dr K_____, psychiatre traitant, relate également une péjoration depuis novembre 2004. Une nouvelle détérioration de l'état de santé psychique, consécutive aux problèmes conjugaux du recourant en 2009, est signalée par le Dr M_____ deux ans plus tard. Le Dr R_____ a aussi retenu une dégradation de l'état de santé du recourant en 2009. Des éléments biographiques paraissent également aller dans le sens d'une aggravation de l'état de santé postérieure à la décision de février 2004. On notera entre autres l'agression commise par le recourant à l'encontre de sa sœur en 2007 ou 2008. Tant le Dr D_____ que le Dr R_____ ont décrit des vécus persécutoires, ce dernier ayant en outre rapporté que le recourant entendait des voix. Force est ainsi de constater que ces symptômes dénotent une aggravation patente par rapport à la simple idée de malveillance signalée par le psychologue des HUG en 2002. Enfin, le Dr U_____ évoque lui-même une évolution défavorable durant les dix dernières années.

Ainsi, si les diagnostics retenus par le Dr U_____ existaient déjà en 1997, il n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que leur incidence sur la capacité de travail du recourant était déjà telle que dite capacité était réduite à néant avant la décision initiale de février 2004.

Bien que l'aggravation des répercussions des troubles du recourant sur sa capacité de gain ne puisse être datée avec précision, cela n'a pas d'incidence sur l'issue de la présente procédure. En effet, conformément à l'art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI, c'est dès le mois au cours duquel la demande de révision est présentée que la modification du droit à la rente prend effet. En l'espèce, c'est en mars 2011 que le recourant a requis la révision de sa rente. Or, à cette date, conformément aux conclusions des Drs U_____, D_____ et R_____, l'incapacité de travail et de gain du recourant était totale.

C'est ainsi dès mars 2011 que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours est admis.

Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. Ceux-ci doivent être fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que les mandataires ont dû y consacrer (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 699/04 du 23 janvier 2006 consid. 2). En l'espèce, ce n'est qu'à partir du 29 octobre 2015 que le recourant s'est fait assister d'un conseil, lequel a adressé une seule brève écriture à la chambre de céans. Partant, les dépens seront fixés à CHF 800.-.

La procédure en assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé, qui succombe, supporte l'émolument de CHF 1'000.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 12 mars 2014.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2011.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 800.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Karine STECK

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