RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/139/2020 **ATAS/316/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 8 avril 2021

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Elisabeth GABUS-THORENS	recourant

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1963 en Turquie, est arrivé en Suisse une première fois le 20 octobre 1989, et est reparti dans son pays d'origine le 19 septembre 1992, où il a épousé une compatriote qui est décédée le 16 avril 1993. Il est revenu vivre dans le canton de Genève le 14 décembre 1994 et s'est remarié avec une ressortissante suisse le 21 mars 2001, dont il a divorcé le 12 juillet 2008. Il est au bénéfice d'un permis C depuis le 16 octobre 2006, selon la banque de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM).

2. Le 14 août 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant des douleurs dorsales, des pieds plats, des vertiges, des pertes d'équilibre et une dépression. Il a indiqué avoir travaillé en tant qu'aide-monteur à mi-temps dans une société d'entretien et de démontage d'ascenseurs du 1er avril 2003 au 30 septembre 2006, suivi d'une période de chômage − durant laquelle il avait recherché un emploi à plein temps selon le courrier de l'office cantonal de l'emploi du 1er septembre 2009 −, avant d'être assisté par l'Hospice général, depuis le 1er novembre 2007 d'après le courrier de cette institution du 24 août 2009.

3. Mandaté par l'OAI, le Centre d'expertise médicale a réalisé une expertise interdisciplinaire. Dans leur rapport du 6 mai 2010, les docteurs B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et réadaptation, C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et D_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, ont retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de perturbation de la fonction vestibulaire périphérique séquellaire (probablement) due à une neuronite vestibulaire, et ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies sur troubles dégénératifs discrets à modérés et de probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0).

   Sur le plan somatique, les problèmes lombaires justifiaient une limitation des ports de charges lourdes (plus de 15 à 20 kg) de manière répétitive, ainsi que des positions en flexion du tronc de façon persistante ou répétée. Les vertiges contre-indiquaient les activités en hauteur, sur des échelles, des échafaudages ou des plans instables, les mouvements répétitifs de la tête ou du corps, de même que l'utilisation simultanée des mains. L'assuré devait également éviter de travailler dans un milieu bruyant en raison de son atteinte auditive dans les fréquences aiguës sous forme de hiatus prédominant à droite et des acouphènes. Sur le plan psychique, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue.

   La capacité de travail était jugée nulle dans l'activité habituelle de nettoyeur et démonteur d'ascenseurs compte tenu des restrictions précitées (ports de charges lourdes, risque de chutes, travail bruyant) depuis le 30 septembre 2006, mais totale

dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement.

Sur le plan oto-neurologique, les experts relevaient que l'assuré avait consulté le service des urgences le 25 octobre 2008, car il se plaignait de vertiges rotatoires depuis une semaine. La perturbation de la fonction vestibulaire périphérique entraînait des vertiges ou des troubles de l'équilibre et pourrait également contribuer à des troubles cognitifs, tels que des indistinctions droite/gauche ou des troubles du schéma corporel.

Sur le plan psychique, le diagnostic de probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe était retenu compte tenu des emprisonnements de l'assuré et des tortures subies, évoquant un changement de personnalité suite à un vécu de catastrophe. Il n'existait cependant plus de symptômes (cauchemars, ruminations, flashbacks) parlant en faveur d'une chronicisation de stress traumatique.

L'assuré avait été incarcéré une première fois et torturé en raison de ses orientations politiques de 1981 à 1984, avant de prendre domicile en Suisse de 1989 à 1992. Parti revivre en Turquie, sa vie privée et personnelle avait ensuite été marquée par le suicide de sa première épouse, dont la famille l'accusait d'en être à l'origine. L'assuré, qui appréhendait la vengeance de celle-ci, était revenu en Suisse et avait fait l'objet de deux procédures d'extradition, la seconde en septembre 2006, dans le cadre de laquelle, mis en détention à Champ-Dollon, il avait entamé une grève de la faim, ayant conduit à plusieurs hospitalisations pour mise en danger de sa santé vitale. Depuis cette époque, il présentait des troubles psychiques et des vertiges. Extradé en Turquie en mars 2007, il était resté cinq mois en prison avant d'être acquitté, sans avoir été torturé à cette occasion.

Il avait eu une fille − née le 17 janvier 2006 selon l'extrait de l'acte de naissance du 20 septembre 2007 − avec sa dernière compagne, d'origine bolivienne, lesquelles étaient parties vivre auprès de la famille de l'assuré en Turquie, et avec qui il gardait des contacts téléphoniques. Sa compagne envisageait de le rejoindre prochainement en Suisse. L'antidépresseur que lui avait prescrit son médecin traitant fin 2008 lui avait fait du bien. Il était autonome, manquait d'intérêt de maintenir une amitié et une proximité avec ses anciennes connaissances, n'avait pas de loisirs particuliers, mais lisait sur internet, regardait la télévision et ne se sentait pas isolé. Il ne s'estimait pas être malade d'un point de vue psychique.

L'expert psychiatre concluait que la modification de la personnalité pouvait interférer avec le mode relationnel et la qualité de la vie sociale et affective de l'assuré, sans répercussion toutefois sur sa capacité de travail.

4. Par avis du 12 août 2010, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a fait siennes les conclusions de ladite expertise. Le début de l'incapacité de travail durable remontait à octobre 2008.

5. Dans une note interne du 19 octobre 2010, l'OAI a évalué le revenu sans invalidité de l'assuré à CHF 58'180.-, correspondant au salaire que ce dernier avait obtenu en 2006 selon les données communiquées par l'employeur le 31 août 2006, soit CHF 19'200.- au taux de 35 % (CHF 1'600.- × 12), extrapolé à 100 % et indexé à l'année 2009. Le revenu avec invalidité a été arrêté à CHF 52'054.-, ce qui correspondait au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 4, tous secteurs confondus (total), selon le tableau TA1 de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS) 2008, adapté à l'horaire hebdomadaire normal de travail (41,6 heures), indexé en 2009, et réduit de l'abattement de 15 % retenu. La comparaison des gains aboutissait à une perte de gain de 10,5 %.

6. Par décision du 22 février 2011, l'OAI a repris la teneur de son projet de décision du 12 novembre 2010, non contesté par l'assuré, rejetant la demande de prestations de celui-ci. L'administration a rappelé les conclusions ressortant des pièces médicales quant à la capacité de travail de l'assuré et à ses limitations fonctionnelles physiques, et indiqué que la comparaison des revenus avec et sans invalidité conduisait à un degré d'invalidité de 11 % au terme du délai d'attente d'un an en octobre 2009, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à une mesure de reclassement.

   L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

7. Par décision du 15 octobre 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations déposée le 11 juillet 2014.

   L'assuré n'a pas contesté cette décision.

8. Dans un rapport du 1er juin 2017 reçu par l'OAI le 9 juin suivant, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a mentionné qu'il suivait l'assuré, sur le conseil de son médecin traitant, depuis le 30 octobre 2014 à raison d'une séance hebdomadaire dans un but de socialisation (promenade et fréquentation des lieux publics). En décembre 2015, l'assuré avait pu intégrer sereinement le retour de Bolivie de sa compagne à son domicile (qui était auparavant partie vivre dans ce pays avec sa fille après avoir été hébergées quelque temps dans la belle-famille en Turquie). Il s'autorisait des relations passives avec l'entourage proche de sa compagne, contenues à son domicile strict, sans envie d'initiative sur l'extérieur. Cela ne l'empêchait toutefois pas de satisfaire ses rendez-vous avec les autorités ou les consultations médicales. L'assuré datait l'origine de son état dépressif à l'année 2007 lorsqu'il avait été amené en prison en Turquie, suite à nonante-cinq jours de grève de la faim. Le médecin a rappelé les périodes d'incarcération subies par l'assuré et précisé que ce dernier parlait de « non-existence » entre les années 2007 et 2015, durant lesquelles son humeur s'était dégradée, considérant qu'il était « devenu une autre personne, [ils avaient] tué sa personnalité ». De son enfance, il rapportait également la maltraitance de sa mère, nerveuse, exigeant le respect de la discipline au moyen de coups de bâton.

Depuis la « titration » de son traitement antidépresseur (Efexor 450 mg), l'introduction du lithium à dose thérapeutique (deux comprimés de Quilonorm Retard), d'un neuroleptique autorisant une vie active diurne (Latuda 80 mg) et d'un neuroleptique sédatif au coucher (Clopine 200 mg), la vie de l'assuré s'était transformée. Il pouvait dormir, un minimum, et réfléchir sujet après sujet. Depuis lors, il avait pu arrêter toute consommation d'alcool (au minimum 1l de vin par jour auparavant) et de cannabis (consommation continue auparavant), sans pouvoir se départir de sa tabagie. Du 26 au 28 janvier 2015, il avait séjourné à la Clinique Genevoise de Montana. Il était à ce moment-là en début de traitement, enthousiasmé par les effets positifs de celui-ci, il avait pris l'Efexor jusqu'à des doses quotidiennes de 1'200 mg. Actuellement, il se conformait strictement aux doses prescrites.

L'assuré se plaignait d'être triste et désireux de se suicider depuis 2007 (de façon moins décidée actuellement). Il s'en voulait d'être toujours à juger autrui, à se questionner sans cesse, sans apaisement. Il insupportait la compagnie ; il était incapable de partager son attention avec autrui. Il peinait à s'exprimer, il ne quittait son domicile que quelques minutes, ne restait dans un café/restaurant (au pied de son immeuble) que cinq minutes, sinon l'envie d'exploser l'envahissait. Des échanges verbaux agressifs, gratuits, étaient courants avec le personnel de service. L'angoisse l'étreignait dès le réveil, il se sentait nerveux, peureux. La nuit, en rêve, il se battait contre la police ou revivait des bagarres avec sa femme – sans préciser laquelle.

L'évaluation psychopathologie effectuée par Madame F_____, psychologue FSP, spécialiste en psychothérapie, concluait à un épisode dépressif majeur, passé et actuel, à un risque suicidaire faible, ainsi qu'à une personnalité paranoïaque, négativiste (passive agressive), évitante et dépressive. L'entretien avait été extrêmement difficile. Le récit, toujours sur incitation, des événements et des habitudes de vie était lacunaire et avec des références chronologiques insuffisantes. La mimique était peu expressive, la thymie plutôt triste et monotone, l'orientation presque fixe. L'assuré était extrêmement ralenti, dans les mouvements et dans la verbalisation. Il n'avait pas montré des symptômes de la lignée psychotique, mais un évident déficit dans les capacités métacognitives, c'est-à-dire dans la compréhension générale de son état mental et d'autrui, dans le raisonnement sur les pensées et le raisonnement abstrait. Face à ces difficultés, toutes les questions n'avaient pas pu être posées lors des tests psychologiques, et peut-être que le sens de certaines n'avait pas été entièrement compris, si bien que les résultats devraient n'être considérés que comme partiellement fiables. La symptomatologie dépressive était quoi qu'il en soit objectivement incontestable, ainsi que la souffrance et la sensation de fatigue.

Les diagnostics retenus étaient : état de stress post-traumatique (F43.1) ; trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2) ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20) ;

intoxication volontaire par des psychotropes (X61) ; lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant (X78) ; utilisation de cannabis (Z72.2) ; autres difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61.8) ; emprisonnements (Z65.1) ; victime de tortures (Z65.4) ; disparition et décès d'un membre de la famille (sa première épouse, Z63.4) ; absence d'un des membres de la famille (sa fille, Z63.3) et tabagisme actif (Z72.0).

Selon le Dr E_____, les compétences affectives et éducatives de l'assuré pourraient être activées avec la venue de sa fille, dont les démarches en ce sens avaient été entreprises auprès des autorités. Sa compagne le comprenait mieux et celui-ci, sous traitement, acceptait de mieux en mieux les intrusions naturelles d'une vie commune. Son hygiène de vie n'avait pas évolué et sa participation à la vie du ménage restait embryonnaire. Même si l'assuré ne sortait toujours pas de son appartement en raison de ses vertiges ou par peur d'impulsivité clastique, il suivait l'actualité en Turquie sur internet (guerre et élections). Il s'intéressait ainsi à l'histoire et développait par là une conscience identitaire turco-suisse qui pourrait le façonner positivement.

9. Le 4 juillet 2017, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant valoir une aggravation de son état de santé psychique.

10. Dans un rapport du 25 janvier 2018, le Dr E_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2), et ceux, sans effet sur la capacité de travail, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20) ; d'autres difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61.8) ; de victime de tortures (Z65.4) ; d'absence d'un des membres de la famille (Z63.3) ; d'utilisation de cannabis (Z72.2) ; d'emprisonnements (Z65.1) ; de disparition et décès d'un membre de la famille (Z63.4) et de tabagisme actif (Z72.0). Les capacités de concentration, d'adaptation et la résistance de l'assuré étaient limitées depuis le 30 octobre 2014, et il était incapable d'exercer une activité professionnelle. Il était actuellement suivi par la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui avait repris le cabinet du Dr E_____ le 1er janvier 2018.

11. Par avis du 10 septembre 2018, le SMR a préconisé une expertise psychiatrique, après avoir considéré que le psychiatre traitant faisait état d'une détérioration de l'état de santé de l'assuré dans un rapport anamnestiquement détaillé mais cliniquement insuffisamment clair pour comprendre en quoi consistait l'aggravation depuis la dernière évaluation psychiatrique en 2010.

12. Dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2018, la doctoresse H_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, qui avait examiné l'assuré le 20 novembre 2018, a retenu les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, depuis 2015 (F10.20) ; d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique

(F32.11) ; d'emprisonnement de 1980 à 1983 et dix mois en 2006-2007 (Z65.1) ; d'utilisation de tabac avec sevrage en 2015-2016 (Z72.0) ; d'utilisation de cannabis, stoppée en 2015 (Z72.2) et d'état de stress post-traumatique de 2007 à 2008 (F43.1).

Elle a constaté un léger ralentissement psychomoteur aggravé par de possible problème de compréhension linguistique, sans affects anxieux et/ou dépressifs, à part le front plissé. L'assuré présentait une hypomimie/amimie (visage figé et inexpressif), un trouble de l'attention et de la compréhension modéré, même après que les questions aient été reformulées pour adapter le vocabulaire et améliorer la compréhension, des troubles de la mémoire légers de faits anciens, probablement en lien avec une stratégie d'évitement de souvenirs pénibles, une impatience et une irritabilité psychique au bout d'une heure d'entretien sans agitation motrice, une aboulie et une baisse de l'élan vital. Il n'existait pas d'« élation » de l'humeur, de barrages, de fuite des idées, de troubles du discours (contenu, forme), d'apragmatisme (l'assuré aimerait être capable de travailler et avait encore essayé récemment en vain), de tristesse visible, de pleurs, d'émotions exprimées, d'idéation suicidaire, ni de trouble du sommeil.

Les tests psychologiques complémentaires mettaient en évidence une dépression modérée et une anxiété mineure, sans trouble panique.

Les limitations étaient : une fatigue et une fatigabilité en lien avec une absence d'entraînement au travail et aux interactions sociales et peut-être dues aux effets secondaires d'une partie de la médication, une aboulie, un manque d'énergie vitale, mais l'assuré était capable de « se forcer » si nécessaire (courses, rendez-vous médicaux), une intolérance au stress avec irritabilité qui produisait des difficultés dans les relations interpersonnelles avec une forte tendance à l'évitement et à l'isolement, peu de ressources personnelles (mais l'assuré avait un suivi psychiatrique adéquat, une compagne qui maintenait des repères de vie, une absence de pathologie totalement incapacitante sur le plan psychique), une faible capacité adaptative et un ralentissement psychique peut-être dû en partie aux types de médication.

La capacité de travail était estimée nulle dans l'activité habituelle mais totale dans quelques mois/années dans une activité adaptée de type manutention légère, moyennant des consignes simples, et tenant compte de l'aspect oto-neurologique, avec un rendement diminué au début en raison d'un manque de conditionnement de longue date. La capacité de travail était exigible partiellement depuis 2015 au vu du sevrage des substances toxiques et de l'amélioration des troubles du sommeil et de la thymie sans idées suicidaires. Il était difficile de déterminer la date précise d'une reprise de travail adapté car il n'existait pas de rapports médicaux entre 2010 et 2017.

13. Par avis du 12 avril 2019, le SMR a estimé que l'expertise de la Dresse H_____ comportait plusieurs contradictions et incohérences significatives. Celle-ci relevait

en effet un ralentissement psychomoteur, mais n'était pas sûre si cela était en lien avec la maladie, une mauvaise compréhension de la langue française ou un effet secondaire des médicaments. Elle ne se prononçait pas clairement sur la capacité de travail dans une activité adaptée, qu'elle considérait partielle depuis 2015 sans préciser le taux ni la date. Elle l'évaluait également à 100 % dans quelques mois ou années après un reconditionnement. Or, l'important déconditionnement de l'assuré consécutif à l'absence d'activité professionnelle depuis longtemps, qui était la raison principale que l'experte retenait pour reporter à une date ultérieure une capacité de travail qui serait pleine dans une activité adaptée, n'était pas une atteinte à la santé psychique susceptible d'avoir des répercussions durables sur la capacité de travail. Contactée, la Dresse G_____ affirmait que son patient souffrait toujours d'un état dépressif sévère malgré une légère amélioration et l'adaptation du traitement (arrêt du Lithium). L'assuré n'avait pas été hospitalisé en milieu psychiatrique, était compliant et la consultait bimensuellement. Dans ces circonstances, le SMR recommandait une nouvelle expertise psychiatrique.

14. L'OAI a confié la réalisation de cette expertise au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 27 août 2019, l'expert, qui avait examiné l'assuré les 1er et 8 juillet 2019 et s'était entretenu avec la psychiatre traitante le 2 juillet 2019, a posé le diagnostic de dysthymie depuis 2010, sans répercussion sur la capacité de travail. Il a précisé que l'assuré maîtrisait relativement bien le français (compréhension et expression) même s'il le parlait avec un accent prononcé.

    Sur le plan subjectif, l'examen mettait en évidence plusieurs éléments d'un syndrome dépressif : apragmatisme (retrait des activités sociales), baisse de l'humeur, manque de motivation, manque d'énergie (fatigue), auto-négligence et troubles cognitifs (trouble de la concentration, altération de la mémoire des faits anciens), présents depuis une dizaine d'années malgré le traitement psychotrope lourd prescrit depuis 2014. La sévérité de ces symptômes, subjectifs, contrastaient avec l'absence de manifestations objectives. Il n'existait pas de tristesse visible de la thymie (expression euthymique – humeur non pathologiquement abaissée ou élevée), d'amaigrissement, d'altération de l'état général, d'auto-négligence (habillement correct, hygiène corporelle conservée), de culpabilité pathologique, ni de ralentissement moteur, vocal ou idéique. La mémoire, l'attention et la concentration ne présentaient pas de signes objectifs d'altération. Les divergences constatées entre le récit de l'expertisé et certaines données du dossier ne paraissaient pas relever d'un trouble mnésique spécifique, mais plutôt de distorsions dans le cadre d'un processus de reconstruction mnésique d'un parcours de vie compliqué. La présence simultanée d'un syndrome dépressif de longue durée sans signes objectifs orientait vers le diagnostic de dysthymie plutôt que celui d'un épisode dépressif, caractérisé, au sens de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème révision (CIM-10), par une durée généralement limitée à quelques mois, rarement plus d'un an, et par une

bonne corrélation entre symptômes subjectifs et signes objectifs. Une dépression sévère était donc exclue.

Contactée, la Dresse G_____, psychiatre traitante actuelle, affirmait que l'état clinique n'était pas très clair. Elle retenait le diagnostic d'épisode dépressif sévère chez une personnalité problématique, probablement de type mixte, avec notamment des traits paranoïaques (méfiance, évitement et repli social). Il existait peut-être également un résidu post-traumatique du premier emprisonnement avec torture, sous la forme de cauchemars et de flashbacks. La Venlafaxine (Efexor), dont elle avait augmenté le dosage, avait eu un bon effet sur les ruminations anxieuses.

À l'heure actuelle, le diagnostic d'état de stress post-traumatique en relation avec l'emprisonnement avec tortures en Turquie n'était pas retenu par l'expert, à défaut de flashbacks, de cauchemars d'événements traumatiques, d'évitement comportemental et cognitif ou de phénomènes dissociatifs. Du reste, trois ans après avoir quitté ce pays, l'assuré y était retourné pour se marier, témoignant d'une absence de comportement d'évitement des sources éventuelles d'une anxiété post-traumatique.

Les ruminations anxieuses sur les erreurs commises et subies dans le passé, améliorées par le traitement, ne correspondaient pas à des flashbacks de traumatismes passés, ni à des scénarios catastrophes projetés sur l'avenir et se succédant continuellement comme dans l'anxiété généralisée, ni à des crises paroxystiques comme dans le trouble panique, ni encore à des préoccupations obsessionnelles comme dans le trouble obsessionnel-compulsif. L'évitement des sorties et des contacts sociaux, par manque de motivation, ne paraissait pas relever d'une peur de faire un malaise comme dans l'agoraphobie ou d'angoisse sous le regard d'autrui comme dans la phobie sociale. Les manifestations anxieuses, peu spécifiques et peu prononcées, pouvaient être intégrées au syndrome dépressif.

L'examen confirmait l'absence de problème lié à l'alcool et une utilisation occasionnelle de cannabis, sans argument clinique (somnolence, troubles du comportement) évoquant un degré de dépendance ou une utilisation nocive pour la santé.

Un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10 était écarté. Les difficultés émotionnelles et ruptures relationnelles de l'assuré étaient liées au contexte socio-culturel et politique complexe qu'il avait connu dans sa jeunesse (origine kurde, engagement politique, prison, émigration, retour dans le pays, mort de son épouse six mois après le mariage, retour en Suisse), sans que des traits de personnalité spécifiques ne soient mis en évidence. Sa trajectoire antérieure (militantisme politique, émigration) était peu compatible avec une personnalité structurellement dépendante. Il n'existait pas non plus d'élément paranoïaque de la personnalité (sentiment irrationnel d'être victime de l'hostilité ou des mauvaises intentions des autres).

Le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, mentionné dans les rapports d'expertise antérieurs, n'était pas exclu mais n'atteignait pas le degré de la vraisemblance prépondérante. Le repli social massif et la démotivation allégués n'empêchaient pas l'assuré de se rendre occasionnellement en Turquie pour rendre visite à sa mère et à ses six frères et sœurs, y compris tout récemment (printemps 2019), ni de faire les démarches nécessaires pour se procurer du cannabis, ni de vouloir reconstituer sa famille en obtenant un permis de séjour suisse pour sa compagne et sa fille adolescente, domiciliée à l'étranger. Ces symptômes n'avaient pas non plus été un obstacle à la constitution de trois projets conjugaux et familiaux successifs. Il était par ailleurs difficile d'affirmer que l'expertisé avait vraiment « changé de personnalité » en l'absence de témoin fiable de la personnalité « originelle ». Si le facteur de stress susceptible d'entraîner ce type de pathologie s'était produit entre 1980 et 1983, la « modification de la personnalité » avec désinvestissement social et affectif serait survenue très tardivement, soit près de vingt-cinq ans plus tard, après une vie remplie jusque-là sur le plan social et affectif. Une telle évolution restait possible, mais peu probable.

Dans son rapport de juin 2017, le Dr E_____ retenait le diagnostic de dépression sévère, sur la base essentiellement des plaintes subjectives, sans décrire les signes objectifs permettant d'étayer ce diagnostic. Il en allait de même pour le diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Globalement, l'atteinte psychiatrique ne paraissait pas cliniquement sévère, même si subjectivement l'assuré se sentait très atteint. Malgré la durée de l'évolution des plaintes, il n'y avait jamais eu de crise psychiatrique sévère justifiant le recours à l'hôpital psychiatrique ou à une structure psychiatrique intermédiaire. Il s'agissait d'un argument supplémentaire en faveur du caractère modéré des troubles psychiques.

La dysthymie diminuait de manière chronique et modérée l'humeur, l'énergie, le plaisir et la projection vers le futur. Ces limitations fonctionnelles devraient être surmontables par un effort de volonté, comme le montraient les capacités que l'assuré avait conservées (organiser et réaliser des déplacements en Turquie, formuler un projet familial, lancer des démarches auprès des autorités pour faire revenir sa fille, se procurer du cannabis occasionnellement).

La capacité de travail de l'assuré était, du point de vue psychique, entière dans toute activité adaptée à son état physique, depuis 2010, date de l'expertise psychiatrique de la Dresse C_____. Le Dr I_____ ne pouvait se rallier à l'appréciation de la capacité de travail émise par les psychiatres traitants (nulle depuis 2014), car il n'était pas d'accord quant à la gravité du diagnostic qu'ils posaient. Des mesures de réentraînement au travail seraient indiquées si l'assuré exprimait le désir de retourner dans la vie active, ce qu'il n'avait pas fait durant l'expertise, soulignant à quel point il lui était impossible d'exercer une activité.

Un soutien psychothérapeutique était certainement utile au moyen d'une sensibilisation à l'évaluation raisonnée des avantages et inconvénients à rester dans l'état actuel versus réinvestir progressivement la vie active, d'autant que la dysthymie ne répondait pas toujours aux antidépresseurs. Le traitement psychotrope était très « lourd » (deux antidépresseurs, dont un à doses élevées, deux neuroleptiques, un tranquillisant) pour une atteinte psychiatrique modérée, sans trouble psychotique. Le risque d'effets secondaires était accru (fatigue, prise de poids, troubles au niveau de la libido, électrocardiogramme, formule sanguine). Le risque d'interaction négative augmentait également (les neuroleptiques tendaient à aggraver la dépression, les antidépresseurs à favoriser la survenue de symptômes psychotiques). L'expert proposait alors d'alléger le traitement et de l'axer sur l'aspect psychothérapeutique, sans que cela ait un impact sur la capacité de travail.

En ce qui concernait ses ressources, l'assuré avait été capable de s'adapter à une autre langue et culture, il était en mesure de nouer des relations avec des femmes très différentes et de milieux sociaux supérieurs au sien. Son militantisme politique dès l'adolescence signait une force de caractère non négligeable.

L'état psychique était resté stable depuis la décision du 15 octobre 2014, sans doute avec des fluctuations en relation avec des événements de la vie familiale, sans qu'il n'y ait d'évidence que ces fluctuations aient entraîné des modifications importantes de l'état clinique au point de modifier la capacité de travail.

15. Par avis du 18 septembre 2019, le SMR a repris les conclusions du Dr I_____, considérant que ce dernier expliquait de manière convaincante sa position, et rappelé les limitations fonctionnelles physiques de l'assuré.

16. Par décision du 25 novembre 2019, l'OAI, reprenant les termes de son projet de décision du 16 octobre 2019 – qui n'avait pas été contesté −, a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Lui ayant reconnu le statut de personne active à plein temps, l'OAI a retenu que sa capacité de travail, nulle dans son activité habituelle depuis le mois d'octobre 2008 (début du délai d'attente d'un an), était totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès cette date. Pour calculer le degré d'invalidité, l'OAI s'est basé sur les ESS tant pour le revenu sans invalidité (au vu de l'impossibilité de déterminer avec précision ce revenu compte tenu de la fluctuation des gains et de l'absence de revenu depuis quelques années) qu'avec invalidité (soit ESS, tous secteurs confondus, ligne « total », activité simples et répétitives, sans qualifications requises pour un homme exerçant une activité à 100 %). Après déduction d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalide en raison de l'âge de l'assuré et de ses limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité était fixé à 10 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à une mesure de reclassement.

17. Par acte du 10 janvier 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), en

concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une contre-expertise interdisciplinaire visant à connaître ses pathologies physiques et psychiques et leur impact sur sa capacité de travail, ainsi qu'à la mise sur pied d'une expertise par des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelles visant à évaluer sa capacité fonctionnelle pouvant être mise économiquement à profit dans le monde du travail, et principalement, à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction et nouveau calcul de l'invalidité.

Le recourant a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Dr I_____, au motif que ce dernier retenait uniquement une dysthymie, sans incidence sur sa capacité de travail, à l'inverse de ses médecins traitants qui avaient diagnostiqué une dépression incapacitante. La Dresse G_____, en particulier, avait exposé de manière motivée les raisons qui la poussaient à s'écarter de l'appréciation de cet expert, justifiant en conséquence une nouvelle expertise neutre.

À l'appui de sa position, le recourant a produit notamment les deux rapports médicaux suivants :

- un rapport du 7 janvier 2020 du docteur J_____, spécialiste FMH en médecine générale, mentionnant que, contrairement à l'opinion du Dr I_____, la situation sociale actuelle du patient ne pouvait que l'ancrer dans un état précaire et que l'octroi d'une rente d'invalidité, du moins partielle, pourrait lui donner une certaine dignité, un vrai statut social, une vie familiale plus « normale » et ne pourrait que l'encourager à envisager de reprendre à terme un travail à temps partiel. Le médecin proposait une expertise externe et objective auprès d'un spécialiste des Hôpitaux universitaires de Genève ou de Lausanne.
- un rapport du 9 janvier 2019 (recte : 2020) de la Dresse G_____, contestant le diagnostic posé par le Dr I_____. Elle y expliquait que, selon la CIM-10, un épisode dépressif était défini par la présence d'au moins deux des trois symptômes typiques : abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Son patient présentait une réduction de l'intérêt avec anhédonie ainsi qu'un manque d'énergie et une fatigue. Sa tristesse était profonde mais difficilement exprimable, avec des sentiments de découragement et de regret. Il se sentait impuissant et incapable d'effectuer des tâches, de trouver l'énergie/la motivation pour la moindre activité. Cet état de souffrance ne se modifiait pas en réaction avec les événements extérieurs et pouvait également se manifester comme une réduction de la tonalité affective, un appauvrissement de ses sentiments voire une anesthésie affective. Sur le plan idéique, le pessimisme prédominait, l'avenir était « bouché ». Le patient présentait des ruminations concernant les erreurs/fautes commises dans le passé et les injustices subies. Les symptômes objectifs de la dépression étaient le ralentissement psychomoteur, mis en évidence par une posture affaissée, un front plissé, un manque d'interaction, une mobilité faciale et corporelle réduite,

une diminution modérée à sévère de la réactivité de l'humeur à un événement ou à une stimulation agréable, un léger délai dans les réponses verbales, une voix monotone, des réponses significativement raccourcies, un défaut de spontanéité du discours, et une légère diminution de l'attention. La Dresse H_____ avait également constaté ces éléments durant son expertise, de même que Mme F_____. Il était surprenant que ces manifestations n'aient pas été objectivées par le Dr I_____, qui n'avait pas non plus tenu compte du fait que c'était la compagne qui stimulait l'assuré et l'aidait à se laver avant tout rendez-vous médical, et s'occupait des tâches ménagères et administratives, ainsi que des démarches pour le regroupement familial. Elle communiquait tous les soirs avec sa fille, qui ne parlait ni le français ni le turc, et l'assuré ne faisait aucun effort pour apprendre l'espagnol et pouvoir discuter avec sa fille. Il se réveillait par ailleurs vers 3-4h du matin et regardait la télévision car il ne pouvait pas se rendormir malgré le traitement. La durée du syndrome dépressif, qui pouvait se chroniciser, ne justifiait pas de retenir une dysthymie. Entre 2010 et 2015, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif sévère, qui s'était ensuite amélioré partiellement sous traitement, stabilisé sur un mode chronique avec une inhibition qui dominait le tableau clinique.

Le recourant a ensuite été d'avis que des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelles devaient évaluer sa capacité fonctionnelle pouvant être mise économiquement à profit, dans la mesure où il présentait de nombreuses limitations fonctionnelles physiques, l'empêchant d'exercer son activité habituelle, et des difficultés personnelles. Il était illusoire de considérer qu'il était apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, alors qu'aucune mesure de réadaptation précoce, de réinsertion ou de réorientation professionnelle n'avait été mise en œuvre.

Après avoir mentionné qu'il était en l'état du dossier impossible de déterminer sa capacité de gain, le recourant s'est étonné que l'intimé ait arrêté son revenu avec invalidité avec précision en 2010 et se soit contenté de se référer aux ESS présentement, sans indiquer l'activité professionnelle qu'il pourrait encore exercer, ni le salaire statistique correspondant. En outre, le taux d'abattement devait être porté à 25 %, compte tenu de ses limitations tant physiques que psychiques, de son absence prolongée du marché du travail et du fait que sa compagne, qui l'aidait au quotidien afin de maintenir un équilibre, risquait d'être renvoyée à l'étranger.

18. Dans sa réponse du 7 février 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il a rappelé avoir mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr I_____, dont le rapport répondait à tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, après que celle mise en place auprès du Dr H_____ avait été considérée comme non convaincante en raison de ses conclusions confuses et imprécises, de nombreuses contradictions et incohérences ainsi que de l'absence de conclusions claires sur la capacité de travail.

L'intimé a relevé que le Dr I_____, après analyse des indicateurs, ne retenait aucune limitation fonctionnelle objective sur le plan psychiatrique de nature à influencer la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, aucune mesure de réentraînement au travail n'était envisageable ; l'aptitude subjective de réadaptation faisait défaut.

L'intimé a annexé l'avis du 6 janvier 2020 du SMR auquel il se ralliait, selon lequel le rapport du 7 janvier 2020 du Dr J_____, médecin traitant généraliste, n'amenait pas de nouvel élément médical objectif, en l'absence de diagnostic et de description objective. Le rapport du 9 janvier 2019 (recte : 2020) de la Dresse G_____, psychiatre traitante, n'amenait pas non plus de nouvel élément médical objectif permettant de modifier l'appréciation du cas. Le Dr I_____ avait retenu que la plupart des plaintes de l'expertisé, non confirmées de manière objective par le status psychiatrique, étaient subjectives. Celui-ci, qui n'avait pas d'idées suicidaires et n'avait jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, ne se plaignait pas de troubles de l'appétit et globalement le sommeil était décrit comme satisfaisant. Aucun critère objectif ne justifiait de retenir le diagnostic de trouble dépressif. Au status, l'expert n'avait pas mis en évidence de troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, ni de ralentissement psychomoteur. L'habillement et l'hygiène étaient corrects, sans tristesse visible. La tonalité de la voix et la fluidité idéique étaient normales, le contact visuel correct, sans émergence émotionnelle. L'expert n'avait pas posé le diagnostic de mélancolie, car la désinhibition (recte : inhibition) que décrivait la psychiatre traitante n'avait pas été retrouvée au status de manière objective.

Les plaintes subjectives de l'expertisé permettaient en revanche de retenir le diagnostic de dysthymie, soit une dépression chronique de l'humeur, sans toutefois atteindre une sévérité suffisante pour parler d'un trouble dépressif même léger. L'expertisé prenait un lourd traitement médicamenteux avec deux antidépresseurs et deux neuroleptiques, avec une bonne compliance, mais sans amélioration de ses plaintes, ce qui était plutôt inhabituel. Il ne présentait pas de troubles de la personnalité et il possédait d'importantes ressources personnelles et externes (son épouse s'occupait des tâches ménagères et administratives). Même si dans l'ensemble, l'expertisé avait été collaborant, des incohérences avaient été relevées notamment en ce qui concernait sa biographie. Les limitations n'étaient par ailleurs pas uniformes dans tous les domaines comparables de la vie ; l'expertisé effectuait des courses, avait un ami et voyageait régulièrement en Turquie pour voir sa famille. Ces indicateurs ne parlaient pas en faveur d'une atteinte sévère.

Sur cette base, l'intimé a estimé que c'était à juste titre qu'il avait retenu, sur le plan somatique, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans atteinte psychiatrique incapacitante.

Il a ajouté que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail, de sorte que la

mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires s'avérait inutile. Le fait que le Dr I_____ n'ait pas retenu d'incapacité de travail ne signifiait pas qu'il n'était pas neutre. Prétendre que celui-ci aurait dû parvenir à des conclusions différentes était insuffisant pour remettre en cause la valeur probante de son expertise. Il n'existait aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction et qui serait suffisamment pertinent pour jeter le doute sur ses conclusions.

En ce qui concernait le degré d'invalidité présenté par le recourant, l'intimé a indiqué que, dans le cadre de la première demande de prestations, le calcul opéré se fondait sur un revenu sans invalidité de CHF 58'180.- selon les données communiquées par l'employeur en 2006, indexé à 2009, lequel avait été comparé avec un revenu avec invalidité basé sur les ESS. Dans le cadre de la présente demande, il se justifiait par contre de se référer tant pour le revenu avec que sans invalidité aux ESS, dès lors que le recourant n'exerçait pas d'activité professionnelle depuis 2006. Du reste, l'application des ESS pour déterminer le revenu sans invalidité était plus favorable au recourant. De toute manière, même si le revenu sans invalidité était évalué précisément, cela n'avait aucune incidence sur le résultat du calcul.

Ensuite, l'intimé a exposé qu'un taux d'abattement supérieur à 10 % ne pouvait pas être appliqué. Les limitations fonctionnelles, essentiellement de mesures d'épargne du rachis, avaient déjà été prises en compte à ce titre, et aucun empêchement supplémentaire qui restreindrait le recourant dans l'exercice d'une activité adaptée à plein temps n'avait été mis en évidence. Le renvoi de la compagne à l'étranger ne constituait pas un critère d'abattement. Il en allait de même s'agissant de l'absence prolongée du marché du travail qui n'était de surcroît pas déterminante dans le contexte d'une activité adaptée relevant de tâches manuelles simples, comme par exemple, des activités de conditionnement léger, de vente, de télésurveillance, de vérification, de contrôle ou d'accueil. Du reste, l'exigibilité de la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée était connue du recourant depuis la première décision du 22 février 2011.

Enfin, l'intimé a fait valoir qu'un reclassement, qui n'entrait pas en ligne de compte au vu du degré d'invalidité retenu, serait quoi qu'il en soit disproportionné et pas de nature à augmenter la capacité de gain du recourant. Une orientation professionnelle n'était pas nécessaire, pas plus que ne l'était une aide au placement, puisque le recourant pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui n'étaient pas de nature à l'entraver de manière spécifique dans ses recherches d'emploi.

19. Dans sa réplique du 18 juin 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a soutenu que ses médecins traitants et les experts qui l'avaient examiné depuis 2009 avaient tous admis des limitations objectives, tant physiques que psychiques, hormis le Dr I_____, qui s'opposait à toutes les constatations de ses confrères et

requalifiait les diagnostics posés depuis douze ans par l'ensemble du corps médical. Un tel revirement avait laissé ses médecins traitants perplexes. Il avait la désagréable impression que les expertises avaient été ordonnées jusqu'à ce qu'un médecin admette une pleine capacité de travail. Le Dr I_____ insistait sur le fait que l'hypothèse d'un état de stress post-traumatique n'était pas vérifiée en l'absence de flashbacks ou de cauchemars d'événements traumatiques. Or, la Dresse G_____ mentionnait qu'il existait peut-être un résidu post-traumatique du premier emprisonnement avec torture, sous la forme de cauchemars et de flashbacks. La conclusion du Dr I_____ selon laquelle il n'y avait pas de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe − au vu des trois projets conjugaux et familiaux successifs et du désir d'obtenir un permis de séjour pour son épouse et sa fille adolescente −, n'emportait pas la conviction, puisque la demande de permis de séjour était gérée par son épouse et non par lui-même, et que l'expert constatait depuis dix ans un repli social massif et un désinvestissement du monde environnant.

Le recourant s'est ensuite réservé le droit de se prononcer sur son degré d'invalidité une fois qu'une nouvelle expertise aura été rendue, mais a d'ores et déjà répété contester le taux d'abattement retenu de 10 %, qui devait être selon lui de 25 %, compte tenu de ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique. La perturbation de sa fonction vestibulaire n'entraînait pas uniquement des vertiges et des troubles de l'équilibre, mais contribuait également à des troubles cognitifs, tels que les indistinctions gauche-droite et les troubles du schéma corporel. Il ne pouvait pas non plus utiliser simultanément ses deux mains. Un travail dans un milieu bruyant était par ailleurs contre-indiqué, et il n'était pas exigible qu'il porte en permanence des protections auditives, sinon elles occasionneraient des troubles de la compréhension (lors de la réception des ordres captant un danger) et des risques de céphalées par une pression constante des oreilles.

20. Dans sa duplique du 3 août 2020, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Il a relevé qu'une évaluation médicale complète ne pouvait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins avaient une opinion divergente, à moins qu'il existât des éléments objectifs vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour établir le caractère incomplet de l'expertise, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

Il a répété, pour les motifs précédemment exposés, qu'un abattement supplémentaire ne se justifiait pas.

21. Dans ses observations du 4 septembre 2020, le recourant a indiqué que le Dr I_____ avait fait abstraction d'éléments objectifs essentiels ou ne leur avait pas donné suffisamment de poids dans l'analyse des limitations fonctionnelles.

Il a enfin considéré qu'il était choquant d'opérer une réduction de 10 % seulement sur les salaires statistiques, au vu de son âge et de la longue période d'inactivité.

22. Le 2 mars 2021, la chambre des assurances sociales a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au professeur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur l'expert et les questions à lui poser.

23. Par pli du 17 mars 2021, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, au motif qu'une expertise psychiatrique probante figurait déjà au dossier. Subsidiairement, il a annoncé n'avoir pas de motif de récusation à invoquer. Se fondant sur l'avis du SMR du 15 mars 2021, il a requis l'ajout de deux questions supplémentaires.

24. Par courrier du 22 mars 2021, le recourant n'a fait valoir aucune cause de récusation et a sollicité qu'une question supplémentaire soit intégrée dans la mission d'expertise.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20).

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

2. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité et/ou à une mesure de reclassement.

6. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a).

Selon la jurisprudence, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2).

Tout changement important des circonstances propres 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 (ou sur l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 526/01 du 6 mai 2002 consid. 1a).

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

   En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

   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).

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc

pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

9. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

   Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

   Ces indicateurs sont classés comme suit :

   I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

   Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

   A. Axe « atteinte à la santé »

   1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

   Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

   L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106

consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation

globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le **«** complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la

personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

10. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

    Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

    Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

    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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin

traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts

doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur

la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

15. a. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations entre le 22 février 2011, date de la décision rejetant la première demande de prestations, et le 25 novembre 2019, date de la décision querellée, rejetant la nouvelle demande de prestations.

Dans le cadre de la décision du 22 février 2011, l'intimé a retenu, s'appuyant sur l'avis du SMR du 12 août 2010, lui-même basé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 6 mai 2010, que le recourant présentait, sur le plan somatique, une atteinte vestibulaire périphérique ainsi que des lombalgies sur troubles dégénératifs discrets à modérés, et, sur le plan psychique, une probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Celui-ci disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle d'aide-monteur d'ascenseurs depuis le 30 septembre 2006, mais entière dans une activité adaptée, évitant le port de charges lourdes (plus de 15 à 20 kg) de manière répétitive, les positions en flexion du tronc de façon persistante et répétée, les travaux dans un milieu bruyant, en hauteur, sur des échelles, des échafaudages ou des plans instables, les mouvements répétitifs de la tête et du corps, ainsi que l'utilisation simultanée des mains. L'atteinte psychiatrique quant à elle n'entraînait aucune limitation fonctionnelle.

Suite à la nouvelle demande de prestations, l'intimé a considéré, dans sa décision litigieuse du 25 novembre 2019, que la péjoration de l'état psychique qu'invoquait le recourant n'était pas invalidante. L'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du 27 août 2019 du Dr I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que sur l'avis subséquent du SMR.

b. Il convient d'examiner la valeur probante de ce rapport d'expertise.

La chambre de céans constate que, sur la forme, ce rapport repose sur un examen du recourant, un entretien avec la psychiatre traitante, une analyse du dossier, et comprend une anamnèse, ainsi que les plaintes de celui-ci.

Sur le fond, le Dr I_____ a retenu une dysthymie mais en a nié le caractère incapacitant. Ses conclusions résultent toutefois d'une analyse lacunaire pour les motifs suivants.

Certes, l'expert a expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait des diagnostics posés par ses confrères, en particulier d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10, rappelant que les Dresses G_____, psychiatre traitante, et H_____, experte psychiatre précédente, retenaient une dépression sévère, respectivement un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique.

Si ces spécialistes ont diagnostiqué un syndrome dépressif, d'une intensité différente, en fonction des éléments cliniques qu'ils ont mis en évidence au cours de leurs entretiens, il n'en reste pas moins que le Dr I_____ nie l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant le 30 octobre 2014, pourtant admise par les médecins ayant précédemment examiné celui-ci.

Il ressort en effet des rapports du Dr E_____ des 1er juin 2017 et 25 janvier 2018 que les capacités de concentration, d'adaptation et la résistance du recourant, qui souffrait, à tout le moins depuis fin octobre 2014, d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2), étaient limitées. À cette époque, celui-ci présentait des troubles du sommeil, des idées suicidaires, une consommation quotidienne et excessive d'alcool et de cannabis. Ainsi, sur conseil de son médecin généraliste, un suivi régulier (hebdomadaire) auprès d'un psychiatre avait été instauré ainsi que l'introduction d'un traitement médicamenteux, étant relevé que le Dr I_____ reconnaît au jour de son expertise la bonne compliance du recourant au traitement psychotrope « lourd » qui lui a été prescrit (à savoir deux antidépresseurs, dont un à doses élevées, deux neuroleptiques, un tranquillisant), ce qui plaide en faveur d'une atteinte sérieuse. La Dresse H_____, experte psychiatre précédente, quant à elle, ne remet pas en cause la péjoration de l'atteinte psychique du recourant à cette période, mais retient une amélioration depuis 2015, sans toutefois préciser la date exacte, constatant qu'il n'y avait pas de rapports médicaux entre 2010 et 2017.

Au vu de ce qui précède, l'appréciation du Dr I_____, selon laquelle le recourant présente une dysthymie depuis 2010, motif pris qu'il n'existait pas d'éléments cliniques évoquant une aggravation des troubles psychiques du recourant depuis l'expertise de la Dresse C_____, n'emporte pas suffisamment la conviction.

Si, de l'aveu même de la psychiatre traitante, l'état de santé du recourant s'est amélioré grâce au traitement médicamenteux, mais partiellement selon elle, il est impossible de déterminer depuis quand exactement et à quel taux le recourant peut exercer une activité lucrative. L'expertise du Dr I_____ ne permet pas de répondre à ces questions, puisqu'il réfute, de manière non convaincante, une péjoration de l'atteinte à la santé du recourant depuis à tout le moins le 30 octobre 2014. Aussi l'expert n'a-t-il pas décrit l'évolution de la capacité de travail du recourant depuis cette date.

C'est le lieu de rappeler que pour évaluer l'influence d'une atteinte à la santé psychique sur la capacité de travail d'un assuré, il importe de déterminer si ce dernier dispose de ressources et si ses limitations sont uniformes dans les différents domaines de la vie.

En l'occurrence, le Dr I_____ constate la présence de bonnes capacités et ressources personnelles du recourant, compte tenu du fait que ce dernier s'est adapté à une autre langue et culture, a noué des relations sentimentales avec des femmes de milieux sociaux supérieurs au sien et a une force de caractère non négligeable au vu de son militantisme politique dès l'adolescence. Or, l'expert fait ici état des ressources dont le recourant disposait avant l'aggravation de son état de santé psychique le 30 octobre 2014, et on se demande, faute de précision, si celui-ci présente des ressources mobilisables depuis lors, et le cas échéant, lesquelles. En tous les cas, le fait que le recourant puisse comprendre et s'exprimer relativement bien en français, qu'il vive en Suisse depuis vingt-trois ans (jusqu'en 2014), qu'il ait pu avoir des relations avec trois femmes et qu'il ait pu posséder une force de

caractère importante en raison de son militantisme politique n'a pas été suffisant pour l'empêcher de sombrer dans un état dépressif grave fin octobre 2014, diagnostiqué par son psychiatre traitant à l'époque.

Pour ces motifs, le caractère probant de l'expertise du Dr I_____ n'est pas suffisant.

c. Il se justifie en conséquence de mettre en œuvre une expertise judiciaire, qui sera limitée au volet psychiatrique, dès lors que, sur le plan somatique, le dossier ne contient aucune pièce médicale qui ferait état d'une aggravation des affections du recourant sur sa capacité de travail depuis la décision du 22 février 2011.

d. Celle-ci sera confiée au professeur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, à l'endroit duquel les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir.

Les parties se sont par ailleurs déclarées d'accord avec la mission d'expertise, sous réserve de questions supplémentaires qu'elles souhaitaient poser à l'expert.

La mission d'expertise sera dès lors complétée dans le sens voulu par les parties.

***

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.

Commet à ces fins le professeur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier la doctoresse G_____.
C. Examiner et entendre la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail.

4.1.1 Dates d'apparition.

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail.

4.2.1 Dates d'apparition.

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 22 février 2011 ?

4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

5.1.1 Dates d'apparition.

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

8.3 Les ressources résiduelles de la personne expertisée peuvent-elles être mises en valeur en l'absence d'un tiers aidant, tel sa compagne ? Dans quelle mesure subsisteraient-elles au cas où l'expertisé vivait seul ?

9. Capacité de travail

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 22 février 2011?

9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. **Traitement**

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.2 Réaliser un dosage sanguin des psychotropes afin d'évaluer la compliance.

10.3 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.4 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

10.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur I_____ du 27 août 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100 % ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la doctoresse H_____ du 4 décembre 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et son estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la doctoresse G_____ du 9 janvier 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés? Si non, pourquoi ?

12. **Quel est le pronostic ?**

13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre des assurances sociales.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière	Le président
Sylvie CARDINAUX	Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le