RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/139/2020 **ATAS/315/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 avril 2022

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 ; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé 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 en septembre 1992, où il a épousé une compatriote, qui est décédée en 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 de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI, l'office 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 (OCE) 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. Mandatée 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) 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 (CIM-10, 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 (port 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'expertisé 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'intéressé 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 _____ 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 loisir particulier, 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'experte 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 le rapport "calcul du revenu avec invalidité" 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'intéressé 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 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 et invoquant un état anxio-dépressif, un syndrome post-traumatique et une lombosciatalgie existant depuis 2008.

   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, fréquentation des lieux publics). En décembre 2015, le patient 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 quelques 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'intéressé 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 – Venlafaxine – 450 mg), l'introduction du lithium à dose thérapeutique (deux comprimés Quilonorm Retard), d'un neuroleptique autorisant une vie active diurne (Latuda 80 mg) et d'un neuroleptique sédatif au coucher (Clopine – ou Clopin – 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 en début de traitement, enthousiasmé par les effets positifs de celui-ci, il avait pris la Venlafaxine (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 nouvelle demande de rente AI" auprès de l'OAI, en faisant valoir une aggravation de sa santé, notamment sur le plan 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 désormais 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. En revanche, une capacité de travail partielle était exigible depuis 2015 – le mois précis étant difficile à déterminer en raison de l'absence de rapports médicaux (de ce époque) – dans une activité adaptée, c'est-à-dire de type manutention légère, moyennant des consignes simples, et tenant compte de l'aspect oto-neurologique, grâce au sevrage des "substances (cannabis, OH)" et à l'amélioration du traitement médicamenteux qui amélioraient significativement l'état de santé de l'expertisé au plan thymique. La capacité de travail dans une activité adaptée serait totale dans quelques

mois/années, ce après reconditionnement de type atelier protégé et avec un rendement diminué au début en raison d'un manque de conditionnement de longue date.

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 sèvère 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).

En ce qui concernait ses ressources, l'intéressé 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.

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.

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 (rente d'invalidité et mesures professionnelles) de l'assuré du 4 juillet 2017.

    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 l'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 existantes 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 ladite 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, 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'OAI 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. Dans le cadre de l'analyse des indicateurs standards, 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.

En ce qui concernait le degré d'invalidité présenté par le recourant, l'office 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 être 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 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. Par ordonnance du 8 avril 2021 (ATAS/316/2021), la chambre des assurances sociales, sous la signature d'un seul juge, a ordonné une expertise du recourant et

commis à cette fin le professeur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

En effet, selon ladite chambre, si, sur la forme, le rapport d'expertise du Dr I_____ reposait sur un examen du recourant, un entretien avec la psychiatre traitante, une analyse du dossier, et comprenait une anamnèse, ainsi que les plaintes de celui-ci, sur le fond, les conclusions de cet expert, qui avait retenu une dysthymie mais en avait nié le caractère incapacitant, résultaient toutefois d'une analyse lacunaire pour les motifs suivants.

En particulier, au regard notamment des rapports du Dr E_____ des 1er juin 2017 et 25 janvier 2018, l'appréciation du Dr I_____, selon laquelle l'assuré présentait une dysthymie depuis 2010, motif pris qu'il n'existait pas d'éléments cliniques évoquant une aggravation des troubles psychiques de l'assuré depuis l'expertise de la Dresse C_____, n'emportait pas suffisamment la conviction. Si, de l'aveu même de la psychiatre traitante, l'état de santé du recourant s'était amélioré grâce au traitement médicamenteux, mais partiellement selon elle, il était impossible de déterminer depuis quand exactement et à quel taux l'intéressé pouvait exercer une activité lucrative. L'expertise du Dr I_____ ne permettait pas de répondre à ces questions, puisqu'il réfutait, de manière non convaincante, une péjoration de l'atteinte à la santé de l'intéressé depuis à tout le moins le 30 octobre 2014. Aussi l'expert n'avait-il pas décrit l'évolution de la capacité de travail du recourant depuis cette date. Par ailleurs, ledit expert, en retenant de bonnes capacités et ressources personnelles de l'assuré (compte tenu du fait que ce dernier s'était adapté à une autre langue et culture, avait noué des relations sentimentales avec des femmes de milieux sociaux supérieurs au sien et avait une force de caractère non négligeable au vu de son militantisme politique dès l'adolescence), faisait ici état des ressources dont le recourant disposait avant l'aggravation de son état de santé psychique le 30 octobre 2014, et on se demandait, faute de précision, si celui-ci présentait des ressources mobilisables depuis lors, et le cas échéant, lesquelles.

23. Le 11 août 2021, le Pr K_____, avec Madame L_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, a établi son rapport d'expertise, basé notamment sur cinq entretiens avec l'intéressé en juin 2021, une évaluation neuropsychologique le 5 juillet 2021 ainsi qu'un entretien téléphonique avec la Dresse G_____ et un autre avec l'épouse le 8 juillet 2021.

    Pour ce qui était de l'anamnèse, l'assuré décrivait son quotidien ainsi: il se couchait vers 22h30, se réveillait à deux ou trois reprises durant la nuit avant son réveil final à 5h00; ensuite, il sortait se promener au bord du lac avant de rentrer à la maison; il occupait ses journées en regardant la télévision, se chargeait de faire les courses, tandis que son épouse s'occupait de l'essentiel de la vie domestique; le couple recevait "la visite d'une de ses sœurs et de quelques amies ponctuellement".

    L'évaluation neuropsychologique mettait en évidence un fonctionnement intellectuel de niveau très faible. Les indices étaient homogènes et globalement

déficitaires. Le reste de l'évaluation permettait de constater des difficultés de mémoire épisodique bimodale (visuel et verbal) et de cognition sociale dans tous les domaines. La mémoire de travail était la seule à se situer dans les normes. Ces résultats étaient néanmoins à considérer avec précaution compte tenu de l'échec au test de validation de symptômes et de la tendance manifeste à l'exagération des symptômes tout au long de l'évaluation.

Il s'agissait d'une situation complexe, les facteurs psychosociaux venant s'entremêler avec une symptomatologie psychiatrique à intensité variable sur fond de majoration très claire des plaintes somatiques pour raisons psychiques.

Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient une dystymie (F34.1) dès 2008, une neurasthénie (F48.0) depuis la même année et des traits de personnalité narcissique (Z73.1) dès le début de l'âge adulte. Sans répercussion sur la capacité de travail était retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) à partir de 2016.

Concernant la question de savoir si l'état de santé du recourant s'était ou non amélioré ou détérioré depuis le 22 février 2011 (première décision de l'OAI), différents témoignages pourraient aller dans le sens d'une péjoration de l'état psychique : un état psychique mauvais, avec notamment des alcoolisations régulières et massives, entre 2011 et 2014 était décrit par l'expertisé, qui majorait toutefois ses symptômes comme démontré par le bilan neuropsychologique; un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère en 2017, était retenu par le Dr E_____; un tableau catastrophique était dressé par l'épouse depuis le retour de celle-ci à Genève en 2016, avec perte de fonctionnalité pour les gestes simples de la vie quotidienne, repli sur soi et irritabilité, refus de participer à des activités hors domicile; le même récit était repris à partir de 2019 par la Dresse G_____, psychiatre traitante actuelle, qualifiant la dépression de mélancolique, mais son témoignage était plus nuancé, rapportant une situation en voie de chronicisation caractérisée par les difficultés à mener une vie sociale qui s'étaient aggravées avec la présence de vertiges et d'acouphènes, un manque de motivation et la confirmation que l'intéressé ne participait pas à la vie domestique, au point de se faire laver par son épouse. Ces témoignages étaient toutefois contredits non seulement par les deux expertises précédentes (dont une retenait un épisode dépressif moyen non incapacitant et l'autre une dysthymie également non incapacitante), mais aussi par une série d'autres indices. S'agissant de ces indices, l'expertisé lui-même rapportait un arrêt des alcoolisations en 2015, une amélioration de sa thymie après 2016, une reprise des rapports sexuels depuis deux ans, mais aussi la présence d'une vie sociale à faible échelle avec des rencontres amicales; il affirmait assumer les courses; lors de son passage à la Clinique genevoise de Montana, il avait refusé d'y rester parce qu'il y avait "beaucoup de gens malades"; en 2019 et 2021, il s'était rendu en Turquie (auprès de sa famille), et, lors du dernier voyage, il était allé voir sa fille qui s'y trouvait en attente d'une décision pour son permis de séjour. Le traitement antidépresseur était pris de manière anarchique,

avec une modification des doses de Venlafaxine de son propre chef, ainsi qu'un arrêt de la tentative d'ergothérapie prescrite par la Dresse G_____, par manque de motivation. À cet égard, le dosage plasmatique effectué dans le cadre de l'expertise montrait une mauvaise compliance de l'assuré, le taux plasmatique de venlafaxine étant supérieur aux normes pour la dose administrée, alors que les taux de Valdoxan (agomélatin) et de Clopin (clozapine) étaient très faibles, à peine au-dessus du seuil de détection, et témoignaient d'une prise rare et irrégulière.

L'observation clinique de l'expert K_____ ne confirmait aucunement le diagnostic d'un épisode dépressif sévère, ni même moyen, encore moins de nature mélancolique. On se trouvait face à un homme à l'humeur morose, irritable – en lien avec la dysthymie –, adoptant rapidement une posture narcissique rigide, pouvant se montrer sarcastique en retraçant son passé, sans anhédonie ou aboulie, sans aucune souffrance morale, sans troubles biologiques de la lignée dépressive (le sommeil étant de 6 heures même selon ses propres dires, l'appétit n'étant pas affecté, la libido étant préservée à l'heure actuelle), sans aucun symptôme d'anxiété, sans sentiment de culpabilité ou de dévalorisation (mais davantage un vécu de honte narcissique), et sans idéation noire ou suicidaire. Les plaintes étaient essentiellement du registre somatoforme et correspondaient à la définition de la neurasthénie: fatigue, douleurs diffuses, vertiges, acouphènes avec hypersensibilité au bruit, et plaintes d'inefficience cognitive.

La neurasthénie et la dysthymie étaient des pathologies très lentement évolutives, et, dans ce sens, la chronicisation observée n'était pas surprenante. Il n'était pas exclu que, pendant la longue période qui avait séparé la première décision de l'office et la présente expertise, des symptômes dépressifs plus francs (compatibles avec un épisode dépressif) aient pu se développer; toutefois, ces symptômes n'avaient jamais pris une ampleur nécessitant des soins hospitaliers ni même une intensification des soins dès 2014. Il était à noter que l'activité du psychiatre traitant de l'époque avait un objectif de socialisation avec des repas partagés (que l'expertisé appréciait) et que les tentatives de modification du setting thérapeutique de la part de sa psychiatre traitante actuelle s'étaient heurtées à un refus de sa part par manque de motivation.

Quant aux traits de personnalité narcissique, ils étaient marqués et se manifestaient par une froideur narcissique, des relations objectales marquées par un faible investissement et une tendance à l'utilisation d'autrui pour satisfaire ses besoins, une intolérance aux critiques, une tendance à l'évitement avec sentiment de honte quant à sa situation alternant avec une tendance au dénigrement qui se manifestait par une agressivité verbale teintée de mépris. Ces traits n'étaient cependant suffisants, ni par leur nombre ni par leur sévérité, pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité narcissique (F60.8). En effet, on ne retrouvait pas de grandiosité franche, d'autoaccusations suivies de rêves de réussite, de sentiment de supériorité associé à une absence d'empathie; par ailleurs, la souffrance subjective était absente et le dysfonctionnement social ne pouvait pas être attribué aux traits de personnalité

de l'expertisé; toutefois, ces derniers favorisaient la fixation des symptômes de neurasthénie et de dysthymie qui caractérisaient l'état psychique du recourant depuis son retour en Suisse en 2008.

En définitive, et selon la règle de la vraisemblance prépondérante, ledit expert ne pouvait que confirmer en partie les observations de l'expert I_____ et retenir les diagnostics double de dysthymie et de neurasthénie présents sans péjoration à partir de 2011 chez une personne à traits narcissiques marqués.

Les limitations fonctionnelles en lien avec la dysthymie consistaient en une irritabilité, humeur morose, tendance à la rupture des liens et vision pessimiste de l'avenir, tandis que celles en rapport avec la neurasthénie étaient une fatigue accrue, un désinvestissement rapide des tâches, une faible résistance à la pression de productivité, une lenteur dans l'exécution. Les traits de personnalité narcissique n'étaient pas "per se" incapacitants ni n'impliquaient de limitations fonctionnelles, mais favorisaient la chronicisation des symptômes du registre de la dysthymie et de la neurasthénie, figeaient le tableau clinique dans une recherche de reconnaissance assécurologique, comme en témoignait la majoration des symptômes – qui ne permettait pas de retenir un comportement cohérent –, et assombrissaient considérablement le pronostic; en effet, se sentant mis à l'écart, "avec un sentiment de honte qui l'habitait depuis l'arrêt de son imbroglio juridique (et donc la publicité relative à son cas)", il recherchait une identité par défaut dans les symptômes en les majorant et en évitant toute possibilité de sortie de sa position victimaire; les traits de personnalité narcissique fonctionnaient ici comme un facteur aggravant, toute confrontation avec le monde du travail étant vécue comme source de dévalorisation inacceptable pour son équilibre psychique.

Les ressources psychiques et mentales du recourant étaient existantes, mais modestes. Si on se référait aux indicateurs jurisprudentiels, on retrouvait des traits de personnalité pathologique marqués, une adhésion variable aux traitements proposés, une résistance aux différents traitements après l'amélioration de 2016, mais qui était à mettre sur le compte d'une absence flagrante de motivation. On ne trouvait pas de pathologie addictologique, l'intelligence était préservée à l'entretien libre. Le poids de la souffrance endurée était significatif à cause de l'absence d'un projet de vie après son retour en Suisse et son incapacité à s'intégrer dans le monde du travail qui n'avait jamais été investi. Mais là aussi, la majoration des symptômes devait être prise en considération. "Le laps de temps très important avec fixation des symptômes de neurasthénie et de dysthymie [était] un facteur négatif, l'expertisé ayant une grande difficulté à imaginer mobiliser ses ressources en sortant de la position victimaire qui le [caractérisait]". Sur le plan familial, l'assuré pouvait compter sur le soutien de son épouse qui assumait la quasi-totalité des tâches à domicile, acceptant même de lui procurer des soins de base sur le plan de son hygiène; cette évolution soulignait la régression de l'intéressé dans une position d'assisté à la recherche de bénéfices secondaires dans le contexte de sa relation de couple, et serait très difficile à modifier, ce d'autant plus que l'épouse n'avait pas

non plus d'activité lucrative et se retrouvait en Suisse en lien avec son mariage. Si le recourant vivait seul, il pourrait assumer une grande partie des activités instrumentales sans difficultés notables, comme c'était le cas avant l'arrivée de son épouse en 2016, mais aucune amélioration n'était à attendre en termes de motivation au changement sur un plan professionnel.

S'agissant de la capacité de travail, la neurasthénie diminuait le rendement de l'expertisé de 10 % depuis 2008. La dysthymie, sous une forme résistante au traitement antidépresseur, réduisait la capacité de travail de 20 % à compter également de 2008. Cette diminution de 30 % de la capacité de travail pour des raisons psychiatriques tenait compte de la majoration des symptômes. Il n'y avait pas lieu de modifier la nature du travail – exigible – pour une raison psychiatrique. La capacité de travail ne s'était guère modifiée depuis la première décision de l'OAI (le 22 février 2011).

Il était très peu probable que des mesures médicales changeraient le pronostic de cette situation chronicisée. La reprise d'une activité était exigible sur le plan assécurologique, mais très peu vraisemblable compte tenu de l'évolution de l'état clinique sur fond de traits de personnalité narcissique. Le pronostic était sombre; malgré une exigibilité existante, l'absence de motivation et la fixation dans une position victimaire laissaient peu de place à la reprise d'une activité lucrative quelconque.

24. Dans ses "déterminations après expertise" du 8 septembre 2021, le recourant a conclu, préalablement, à ce que soit mise en œuvre 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, principalement, outre à l'annulation de la décision querellée, à ce qu'il ait droit à tout le moins à une rente d'invalidité de 50 %, qui devrait être réévaluée suite à l'expertise qui serait effectuée par des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelle, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément de l'instruction et fixation du taux de la rente d'invalidité, qui devrait être à tout le moins de 25 % et qui devrait aussi être réévaluée suite à l'expertise qui serait effectuée par des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelle.

Sur la base d'une combinaison entre, d'une part, le taux d'invalidité de 11 % résultant exclusivement de pathologies physiques et le taux d'abattement de 15 % retenus par l'OAI à la suite de la première expertise (du 6 mai 2010) et, d'autre part, les taux d'incapacité de travail de 30 % et de limitations fonctionnelles de 10 % admis par l'expertise du Pr K_____, on obtenait un degré d'incapacité de travail de 41 % et des limitations fonctionnelles affectant le revenu à hauteur de 25 %. En partant du calcul de l'invalidité effectué en 2010, mais avec indexations et prise en compte d'une capacité de travail de 59 % - correspondant à une incapacité de travail de 4 % -, on arrivait à un degré d'invalidité de 53,42 %.

25. Dans ses déterminations du 13 septembre 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions de rejet du recours, l'expert judiciaire retenant sans aucune motivation valable une diminution de la capacité de travail de 30 % sans avancer d'éléments médicaux objectifs.

    Était annexé un avis du même jour du SMR. Selon ce dernier, les diagnostics retenus par l'expert K_____, soit une neurasthénie et une dysthymie, n'étaient pas remis en question, mais l'appréciation d'une diminution de la capacité de travail en relation avec ces deux diagnostics de 10 % et 20 % ne pouvait pas être suivie. En effet, ces diagnostics ne s'accompagnaient en général pas d'une baisse de la capacité de travail; le côté subjectif des plaintes de l'assuré était mis en évidence, mais aucun trouble cognitif lors de l'examen clinique, et l'anamnèse révélait que l'intéressé avait encore des ressources, ce à quoi s'ajoutait l'exagération des symptômes.

26. Le 28 septembre 2021, et suite à une demande du recourant, les fiches HDRS et HARS remplies lors de l'expertise ("Echelle de dépression de Hamilton" et "Echelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété") ont été produites par le Pr K_____.

27. Le 2 novembre 2021 s'est tenue devant la chambre des assurances sociales une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes.

    En début d'audience, l'avocate de l'assuré a précisé que ce dernier estimait être en incapacité de travail complète, comme le disaient ses médecins. Puis, le recourant a décrit sa situation en particulier de la manière suivante : " Avant, j'aimais aller à la pêche sur le lac avec mon bateau, ceci jusqu'en 2006. Ensuite, je suis parti en Turquie. Depuis lors, j'ai une canne à pêche dans mon armoire mais je ne l'utilise jamais car je n'ai pas envie de sortir ou de parler avec quelqu'un, ni de prendre une douche ou de faire quoi que ce soit. En effet, durant ma détention en 2007 en Turquie, j'ai fait la grève de la faim et je suis passé de 103-105 kg à 63-65 kg. Je n'ai pas envie de sortir car j'ai plein de choses dans la tête. Si je sors, même pour une promenade, je rentre après 100 mètres parce que je n'ai pas envie de sortir, je ne sais pas pourquoi. Sur question du Président qui me demande si j'ai des problèmes de concentration ou d'attention, j'oublie beaucoup les choses, par exemple ce que je voulais faire à l'instant. Si je lis quelque chose, cela ne reste pas dans ma tête et je l'oublie. Je dois inscrire sur mon écran tous mes rendez-vous, sinon je les oublie. Sur question de mon avocate, je n'invite jamais personne chez moi. Jusqu'en 2006, j'avais 200 à 300 amis, et depuis ma sortie de prison en 2007, je suis une autre personne avec un autre caractère. Je n'ai qu'un ami qui est ici au titre de public. C'est lui qui m'appelle ou m'envoie un sms. Nous nous voyons par exemple une fois par semaine ou tous les 10 jours pour boire un café lorsque je fais mes courses. Je n'ai pas particulièrement de plaisir à le voir. Rien ne me fait plaisir. Sur question du Président, avec ma famille, je n'ai pas envie de leur parler mais je leur écris des messages WhatsApp, avec ma sœur et mon frère. Sur question du Président qui me demande si je suis content quand je reçois de leurs nouvelles, je réponds "ça va". Je leur envoie parfois de l'argent, par exemple CHF 50.- une ou deux fois. Pour sortir, j'ai besoin d'une raison, par exemple pour faire les courses.

Pour les courses, c'est surtout moi qui y vais, parfois avec mon épouse. J'achète deux ou trois choses à la fois suivant les besoins. Je suis allé cet été en Turquie, ainsi que l'année d'avant. Quand je suis là-bas, c'est comme ici, je ne sors pas de la maison sauf s'il y a des raisons, par exemple pour manger un kebab avec la famille ou rester devant la maison. Ma fille est toujours en Turquie, depuis 5 mois".

Ensuite, entendu en qualité de témoin, le Pr K_____ a déclaré ne pas pouvoir se prononcer si la majoration des symptômes constatée était consciente ou non consciente. Si elle était non consciente, ce serait à cause d'une situation existentielle frustrante, à savoir un conflit assécurologique qui s'enlisait et une baisse progressive de statut depuis son retour en Suisse depuis 2007. En outre, la procédure assécurologique qui durait figeait encore plus la position de victime de l'intéressé; cela continuerait, le cas échéant, avec des rejets et des nouvelles demandes, tant qu'il y aurait pour lui un espoir qu'il puisse obtenir quelque chose, et la situation resterait la même. L'expertisé avait des ressources qu'il pourrait mettre en valeur.

Selon l'expert, la question de savoir si la dysthymie était incapacitante ou non était controversée dans le monde médical. Il avait choisi ici l'optique, vu la présence de traits narcissiques marqués, de retenir une incapacité de travail de 20 % liée à la dysthymie, partant du principe qu'une dysthymie était incapacitante à partir du moment où elle était liée à une personne avec des traits de personnalité pathologiques. Le Pr K_____ n'avait pas la même vision sur le caractère incapacitant de la dysthymie que le Dr I_____. Les pourcentages d'incapacité de travail retenus – ledit 20 % et le 10 % de diminution de rendement due à la neurasthénie – tenaient compte de l'exagération des symptômes (qui était associée avec le bénéfice secondaire). La neurasthénie et la dysthymie de l'assuré, qui étaient chroniques et allaient très peu bouger dans le temps, n'étaient pas surmontables avec un effort de volonté. La vision pessimiste de l'expertisé était très forte, ce qui diminuait sa capacité de travail. La dysthymie répondait modestement à un traitement antidépresseur, de sorte que l'expert ne pouvait pas retenir qu'un autre traitement que celui pris actuellement pourrait la réduire, même s'il ne pouvait pas l'exclure. Quant à la neurasthénie, elle ne répondait pas à un traitement car elle était liée à l'anxiété d'une personne en lien avec la confrontation de sa personnalité avec une situation frustrante. Une diminution de rendement (ici de 10 %, due à la neurasthénie) amenait une baisse de la capacité de travail.

D'après Mme L_____, également entendue comme témoin, concernant le bilan neuropsychologique et la question de la prise en compte pour la capacité de travail, les réponses de l'expertisé montraient des performances au test cognitif qui étaient moins bonnes que celles de patients présentant des démences à un stade avancé, tant aux tests qui étaient spécifiques aux biais de réponses qu'aux autres tests. Le Pr K_____ a ajouté que même un patient atteint d'Alzheimer en foyer présenterait de meilleures réponses au test neuropsychologique et que l'assuré n'était de loin pas atteint d'Alzheimer. Selon lui, vu l'exagération relevée, on ne pouvait pas se

prononcer sur la réalité du fonctionnement cognitif de l'expertisé et donc par rapport à l'adéquation à un lieu de travail; la majoration des symptômes était tellement élevée qu'elle empêchait de se prononcer à ce sujet.

Après l'audition des experts, le recourant a indiqué : "Sur question du Président, j'ai déjà essayé de sortir pour travailler mais dans ma tête je n'y arrive pas. Au plan physique et au plan psychique je n'y arrive pas. C'est moi qui m'occupe des affaires administratives au sein du couple. C'est l'assistante sociale qui remplit la déclaration d'impôts. Je paie des factures sur clavier. Je peux écrire et envoyer une courte lettre".

Selon son conseil, en cas de taux d'invalidité insuffisant, l'assuré sollicitait des mesures professionnelles. Au surplus, on ne pouvait pas dire qu'il y avait eu une activité lucrative habituelle unique avant l'incapacité de travail, car le recourant avait "fait plusieurs choses".

En fin d'audience, les parties ont déclaré ne pas solliciter de mesures d'instruction complémentaires.

28. Dans ses observations finales du 1er décembre 2021, l'intimé a maintenu sa position et produit un avis du 8 novembre 2021 du SMR, selon lequel les procès-verbaux de l'audience de comparution personnelles des parties et d'enquêtes du 2 novembre 2021 ne modifiaient pas son appréciation du cas.

29. Dans ses "déterminations après audition des experts" du 3 décembre 2021, le recourant a persisté pour l'essentiel dans les conclusions prises par ses "déterminations après expertise" du 8 septembre 2021, si ce n'était qu'il concluait au fond, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

    Selon lui, en partant du calcul de l'invalidité effectué en 2010, mais avec indexations et prise en compte d'une incapacité de travail de 30 % cumulée avec une baisse de rendement de 25 %, on arrivait à un degré d'invalidité de 81,68 %.

30. Le 10 janvier 2022, l'assuré a répliqué aux dernières observations de l'office, faisant notamment valoir une primauté de l'expertise judiciaire par rapport aux expertises précédentes.

31. Le 11 janvier 2022, l'OAI s'est référé intégralement à ses précédentes écritures.

32. Par lettres de la chambre de céans du 13 janvier 2022, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

33. Le 14 mars 2022, le recourant a produit une attestation du 11 mars précédent de la Dresse G_____ qui faisait état d'une décompensation de son état psychique actuellement, ceci en aggravation depuis le début de l'année, pièce qui a été transmise pour information le 14 mars 2022 à l'intimé, les parties étant informées par la chambre de céans que la cause restait gardée à juger.

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. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

6. Le litige porte, dans le cadre de la nouvelle demande de rente AI déposée le 4 juillet 2017, sur la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité, voire éventuellement à des mesures de réadaptation (en particulier mesures d'ordre professionnel), et ce sur la base de l'état de fait existant à la date de la décision querellée, donc au 25 novembre 2019.

7. a. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Conformément à l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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).

À teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

c. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; ATF 117 V 278 consid. 2b). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

d. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette disposition légale prescrit que 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son

droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

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

   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 – indicateurs standards – 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 :

   - Catégorie " Degré de gravité fonctionnel " (consid. 4.3)

   A. Complexe – ou axe – " Atteinte à la santé " (consid. 4.3.1)

   Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3)

   B. Complexe " Personnalité " (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

   C. Complexe " Contexte social " (consid. 4.3.3)

   - Catégorie " Cohérence " (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

L'administration et le juge vérifient librement si l'expert médical a observé les conditions normatives déterminantes concernant les indicateurs susmentionnés, à savoir s'il a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

9. a. 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).

b. 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).

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

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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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).

10. 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).

Selon le Tribunal fédéral dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019, 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 145 V 361 consid. 4.3; 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 – dont la définition légale n'est pas uniquement d'ordre médical – 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).

11. a. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

b. Conformément à l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le

degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (refus d'entrer en matière ; ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées).

Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Dans le domaine de l'AI, une modification peu importante de l'état de fait déterminant, en particulier du degré d'invalidité, peut donner lieu à une révision de la rente, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545 consid. 6). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 4.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

c. Si les conditions d'une révision au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI en lien avec l'art. 17 LPGA appliqué par analogie ne sont pas remplies, il convient de vérifier s'il pourrait exister un motif de reconsidération en vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, à teneur duquel l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références).

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence – à l'époque – de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

12. a. En l'espèce, l'intimé est, à tout le moins de facto, entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 4 juillet 2017 par le recourant. Il a donc traité

l'affaire au fond et vérifié si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré était réellement intervenue.

Il convient dès lors d'examiner, dans un premier temps, en application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI et par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision – reposant sur un examen matériel – entrée en force, du 22 février 2011, d'une part, et la décision présentement querellée du 25 novembre 2019, d'autre part, en d'autres termes si des faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés – par une aggravation – au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision.

b. Les anamnèse, constatations médicales, diagnostics psychiatriques et appréciations, y compris quant à l'évolution de l'état de santé de l'assuré et la majoration de ses symptômes, contenus dans le rapport d'expertise établi par le Pr K_____ avec Mme L_____ sont admis par les deux parties. Le SMR, suivi par l'OAI, rejette – uniquement – l'appréciation d'une diminution de la capacité de travail de l'intéressé en relation avec les diagnostics retenus, alors que l'intéressé l'approuve.

Pour ce qui est de la valeur probante de l'expertise judiciaire (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3), les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée de la part de l'expert K_____, son rapport se fonde sur des examens complets, il prend également en considération les plaintes exprimées, il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), et la description des interférences médicales est claire.

Par ailleurs, les conclusions de l'expert K_____ apparaissent bien motivées – et convaincantes – relativement à la pose des diagnostics psychiatriques, aux interactions entre eux et aux limitations fonctionnelles qu'ils entraînent.

La question de savoir si ses conclusions sont suffisamment motivées et convaincantes concernant les effets desdits diagnostics sur la capacité de travail de l'intéressé pour se voir reconnaître une pleine valeur probante sera examinée plus bas.

c. À l'époque de la décision – au fond – initiale (22 février 2011), les experts ont posé, au plan psychiatrique, le diagnostic de probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0); l'experte psychiatre (la Dresse C_____) a conclu 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. Selon l'expert (judiciaire) K_____, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, la neurasthénie, présente sans péjoration depuis 2011, diminue le rendement de l'assuré de 10 % depuis 2008, et la dysthymie, présente également sans péjoration depuis 2011, sous une forme résistante au traitement antidépresseur, réduit la capacité de travail de 20 % à compter également de 2008, les traits de personnalité narcissique marqués

n'étant en tant quel tels pas invalidants mais constituant un facteur aggravant; toutefois, toujours d'après l'expert judiciaire, la capacité de travail ne s'est guère modifiée depuis la première décision de l'OAI (le 22 février 2011). Au surplus, le Pr K_____ (en été 2021) indique que son appréciation est proche de celle de l'expert I_____ (en été 2019) qui a diagnostiqué une dysthymie existant dès 2010, leur principale divergence étant que cet expert a retenu, au plan psychiatrique, une capacité de travail entière depuis 2010.

Il sied de préciser ici que la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire à établir par le Pr K_____ parce qu'elle considérait que l'expert I_____ n'amenait pas suffisamment d'éléments précis pour contredire une aggravation de l'état psychique de l'intéressé attestée à compter de l'automne 2014 par ses psychiatres traitants successifs. Or l'expert judiciaire confirme, de manière convaincante – et au surplus non clairement contestée depuis l'expertise de celui-ci – l'absence de péjoration de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant au plan psychique depuis 2008. Cette divergence par rapport aux rapport des psychiatres traitants peut en partie s'expliquer par une majoration des symptômes par l'intéressé ainsi que par des facteurs en réalité non médicaux, tels que des difficultés d'intégration, des frustrations, un manque de perspectives positives, qui ressortent de l'expertise judiciaire.

Ainsi, à la lecture des rapports d'expertise de la Dresse C_____ et du Pr K_____ – dont l'analyse est, selon ses propres déclarations, proche de celle de l'expert I_____ –, il appert que ni la situation médicale ni la capacité de travail du recourant n'ont évolué depuis le 22 février 2011, date du prononcé de la décision – au fond – initiale. Les constatations des experts médicaux mandatés se recoupent en majeure partie, sauf quant aux effets des diagnostics psychiatriques sur la capacité de travail. L'expert (judiciaire) K_____ porte, sur ce seul point, une appréciation critique sur les avis émis précédemment par ses confrères, pour étayer ses propres conclusions. Dans cette mesure, force est de constater qu'il ne s'est pas produit de changement important des circonstances au sens de la jurisprudence (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2) entre la décision initiale de refus de prestations AI et la décision présentement litigieuse, rendue le 25 novembre 2019. Il y a donc lieu de considérer que les conclusions de l'expert judiciaire relèvent d'une appréciation différente d'une situation demeurée – pour l'essentiel – inchangée, ce qui, selon la jurisprudence, ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_88/2021 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3, I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 et I 55/01 du 30 octobre 2001 consid. 2b).

d. À cet égard, le recourant ne prétend – à juste titre – pas que le refus de prestations AI par la décision initiale du 22 février 2011 reposerait sur une

irrégularité ou une inexactitude d'appréciation manifeste qui aurait le cas échéant pu conduire à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

L'assuré ne fait pas non plus valoir d'éléments de faits, y compris au plan médical, qui auraient été découverts seulement par l'expert judiciaire (le Pr K_____) et qui constitueraient des faits nouveaux importants ou des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être connus, respectivement produits auparavant, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et pourraient le cas échéant justifier une révision de la décision du 22 février 2011, et de tels éléments de faits ne ressortent pas non plus du dossier.

e. Pour ces motifs déjà, il ne saurait y avoir une révision ou une reconsidération de la décision du 22 février 2011 pour des raisons médicales.

f. Par surabondance, même indépendamment de la question d'une aggravation ou non de l'état de santé psychique de l'intéressé depuis 2011, l'expertise du Pr K_____ ne permettrait pas de retenir une réduction de sa capacité de travail pour raisons d'ordre psychiatrique, pour les motifs qui suivent.

Tout d'abord, les conclusions dudit expert judiciaire sont insuffisamment motivées et non convaincantes concernant les effets des diagnostics posés sur la capacité de travail de l'intéressé pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, le Pr K_____, qui a fourni une motivation un peu plus précise sur ce point seulement en audience, est parti du principe qu'une dysthymie est incapacitante à partir du moment où elle est liée à une personne présentant des traits de personnalité pathologiques, ici narcissiques, mais il n'a pas motivé, de manière scientifique et approfondie, ce choix, alors qu'il a admis qu'il est controversé en médecine et, au surplus, contredit par l'expert I_____. De même n'a-t-il pas expliqué pourquoi la neurasthénie et la dysthymie de l'assuré, chroniques et bougeant peu dans le temps, ne seraient pas surmontables avec un effort de volonté, ni en quoi la vision pessimiste de l'expertisé, prétendument très forte, diminuerait sa capacité de travail. Enfin, par son assertion selon laquelle, vu la très grande ampleur de l'exagération des symptômes constatée, on ne pourrait pas se prononcer sur la réalité du fonctionnement cognitif de l'expertisé et donc par rapport à l'adéquation à un lieu de travail, le Pr K_____ semble indiquer que l'impossibilité d'une appréciation relative audit fonctionnement de l'intéressé – qui est un élément important – empêcherait la prise en considération de ce point dans l'appréciation de la capacité de travail, en faveur ou au détriment de l'assuré, ce qui n'est pas acceptable sous l'angle du droit des assurances sociales.

Ensuite, il convient de rappeler que, d'après 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 4.1). Des traits de personnalité signifient que

les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Cela étant, 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 – procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 –, 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).

Dans le cas présent, au regard de la jurisprudence précitée, aucun des diagnostics posés par l'expert judiciaire n'est à lui seul suffisant pour conduire à une incapacité de travail entière ou partielle, ou même à une diminution de rendement. Il est douteux que la dysthymie dont souffre le recourant puisse entraîner une diminution de la capacité de travail, dans la mesure où elle n'est pas accompagnée d'un grave trouble de la personnalité comme mentionné par la jurisprudence à titre d'exemple, mais seulement de traits de personnalité narcissique. Certes, à ces deux diagnostics s'ajoute celui de neurasthénie.

Cela étant, dans le cadre de l'examen des indicateurs standards conformément à l'ATF 141 V 281, sous les axes – ou complexes – "Atteinte à la santé" et "Personnalité" (plus précisément ressources), il convient en premier lieu de préciser qu'aucun desdits diagnostics ne constitue une comorbidité, étant donné que, selon la jurisprudence, une atteinte psychique qui n'est en soi pas invalidante ne peut pas être une comorbidité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Il sied en second lieu de relever, sou l'angle desdits axes – ou complexes –, que, d'après l'expert K_____, les ressources psychiques du recourant sont existantes, mais modestes, et, si on se réfère aux indicateurs jurisprudentiels, on trouve des traits de personnalité pathologique marqués, une adhésion variable aux traitements proposés – avec une prises anarchique des médicaments (à trop fortes doses pour certains et trop faibles pour d'autres), ainsi qu'un arrêt de la tentative d'ergothérapie prescrite par la psychiatre traitante –, une résistance aux différents traitements après l'amélioration de 2016, mais qui est à mettre sur le compte d'une absence flagrante de motivation. Or, à teneur de la jurisprudence, le défaut de coopération optimale – dans le cadre d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art –, comme c'est le cas du recourant, conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question, le résultat de l'appréciation dépendant toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (ATF 141 V 281 consid.

4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3). En outre, 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2). Or, en l'espèce, il ne découle pas de l'expertise judiciaire que l'assuré manquerait d'estime de soi ou de confiance en lui-même. L'ensemble des éléments et/ou indices susmentionnés montrent plutôt que le recourant dispose de certaines ressources intérieures qu'il pourrait mettre à profit dans un cadre professionnel.

Par ailleurs, toujours dans le cadre de la procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281, sous l'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). En l'occurrence, il ressort des constatations de l'expert judiciaire, non contestées par l'intéressé, que l'absence d'un projet de vie après son retour en Suisse et son incapacité à s'intégrer dans le monde du travail, qui n'avait jamais été investi de manière conséquente même auparavant, sont sources d'une souffrance significative pour lui. En outre, sur le plan familial, l'assuré peut compter sur le soutien de son épouse qui assume la quasi-totalité des tâches à domicile, acceptant même de lui procurer des soins de base sur le plan de son hygiène, ce à quoi s'ajoute que, même de façon réduite, son épouse et lui-même ont quelques relations amicales et que l'intéressé a gardé des contacts avec sa famille et sa fille vivant en Turquie et qu'il y est retourné récemment à deux reprises pour des vacances. L'expert judiciaire évoque dans ce cadre une grande difficulté de l'intéressé à imaginer mobiliser ses ressources en sortant de la position victimaire qui le caractérise, de même qu'une régression dans une position d'assisté à la recherche de bénéfices secondaires dans le contexte de sa relation de couple. Or, ces difficultés de vie et cette régression, qui sont réelles et importantes et qui

ont pu être causées par des événements douloureux tels que les procédures et détentions subies par l'assuré, n'apparaissent pas relever de raisons de santé, qui seules pourraient être prises en compte de l'AI, mais d'autres facteurs. À cet égard, selon l'expert judiciaire, la souffrance subjective est absente chez le recourant et son dysfonctionnement social ne peut pas être attribué à ses traits de personnalité, ce qui apparaît difficilement compatible avec l'éventuel caractère invalidant d'une atteinte psychique. Il est ici précisé que l'assuré ne saurait être considéré comme dépendant de son épouse au sens de la jurisprudence précitée, l'expert judiciaire ayant noté qu'avant sa vie commune avec elle, il avait pu assumer une grande partie des activités instrumentales sans difficultés notables.

Enfin, dans la catégorie « cohérence » des indicateurs standards, 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3). Il sied aussi 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). Dans le cas présent, le Pr K_____ a retenu une majoration des symptômes de la part du recourant, qui apparaît importante et dont l'appréciation ne saurait dépendre de son caractère conscient ou non vu les explications dudit expert judiciaire en audience. Ce dernier a en outre énoncé que, si le recourant vivait seul, il pourrait assumer une grande partie des activités instrumentales sans difficultés notables, comme c'était le cas avant l'arrivée de son épouse en 2016, mais qu'aucune amélioration ne serait à attendre en termes de motivation au changement sur un plan professionnel. Il s'ensuit que l'intéressé pourrait gérer seul sa vie quotidienne et ses tâches ménagères, et on ne voit pas pour quels motifs précisément il ne pourrait pas assumer dans une même mesure une activité professionnelle.

Vu ce qui précède, la chambre de céans, compte tenu de sa liberté de contrôle en matière d'appréciation de la capacité de travail et sans que l'expertise du Pr K_____ ne perde sa valeur probante (cf. à ce sujet la jurisprudence citée plus haut), doit s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail effectuée par ledit expert judiciaire, l'évaluation de ce dernier sur ce point n'étant pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ni

convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281.

Ainsi, même à l'issue de l'examen des indicateurs standards (procédure structurée d'établissement des faits), aucune incapacité de travail (totale ou partielle) ne peut être retenue au plan psychiatrique.

g. De surcroît encore, en ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir une incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2; Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 33 ad art. 7 LPGA). Cet élément - le caractère objectif de l'appréciation de l'exigibilité - a été formulé à diverses reprises et de manière constante par la jurisprudence (ATF 135 V 215 consid. 7.2). Ainsi, notamment, appliquant ce principe au diagnostic de "troubles somatoformes douloureux" – dans le cadre d'une jurisprudence modifiée ensuite par l'ATF 141 V 281 –, le Tribunal fédéral a précisé qu'il est déterminant d'établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de lui, compte tenu de sa constitution psychique (ATF 130 V 352 consid. 2.2.4; cf. aussi, concernant la fibromyalgie, ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). Comme pour la capacité de travail, cet examen se fondera sur une appréciation des constatations et conclusions médicales au dossier de l'assuré – complétées, cas échéant, par les observations d'un spécialiste de l'intégration professionnelle –, l'évaluation des activités adaptées à la situation de l'assuré relevant toutefois de la compétence de l'assureur social et non de celle du médecin (ATF 140 V 197; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 33 ad art. 7 LPGA

Dans le cas présent, l'absence de diagnostics et de symptômes atteignant une gravité suffisante et le fait que les difficultés du recourant découlent pour une grande part de son manque de motivation excluent qu'une reprise du travail à plein temps puisse être considérée comme objectivement insurmontable au sens de l'art. 7 al. 2 LPGA, ce qui confirme encore l'absence d'incapacité de travail (totale ou partielle) pour causes d'atteintes psychiques.

13. a. Dans son acte de recours, de même que dans ses écritures des 8 septembre et 3 décembre 2021, le recourant a conclu, préalablement à ses conclusions au fond, à

la mise en œuvre 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.

b. Selon la jurisprudence, les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 140 V 193 consid. 3.2; ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

c. Par ailleurs, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

d. En l'espèce, d'après l'assuré, il est "extrêmement surprenant" que tous les médecins et experts fassent valoir des limitations importantes dans sa vie quotidienne, "soit un repli important, des idées sombres, un manque d'énergie ainsi qu'un nombre de limitations et des limitations physiques"; de surcroît, toujours selon lui, son bilan neurologique est très mauvais, ce qui ne peut qu'affecter ses capacités de réintégration sur le marché du travail.

Cela étant, il a été retenu plus haut que l'intéressé ne présente pas une incapacité de travail (totale ou partielle) au plan psychiatrique, ce qui exclut toute utilité d'un éventuel examen de l'intégration et de l'orientation professionnelles de celui-ci par des spécialistes en la matière, sous l'angle psychiatrique, étant au demeurant rappelé que l'expertise pluridisciplinaire du 6 mai 2010, sur laquelle s'est fondée la décision

– au fond – initiale du 22 février 2011 de l'office, ne retenait aucune limitation fonctionnelle sur ce plan.

Par ailleurs, le recourant n'a, dans le cadre de sa troisième – et dernière – demande de rente AI déposée le 4 juillet 2017, invoqué aucune aggravation de son état de santé au plan somatique par rapport à sa situation existant à la date de la décision initiale du 22 février 2011. Il n'a ainsi même pas cherché à rendre plausible sur ce point une modification des faits déterminants en application des art. 87 al. 2 et 3 RAI ainsi que, par analogie 17 al. 1 LPGA.

Le grief de l'assuré selon lequel l'OAI n'a déterminé après 2011 ni quelle activité serait – concrètement – praticable (ou adaptée) pour lui ni quel en serait le salaire statistique n'a pas d'objet au plan psychiatrique, faute de péjoration à ce niveau comme établi plus haut, et ne peut pas faire partie de l'objet de la présente procédure au plan somatique, en l'absence d'une aggravation invoquée.

Partant, les limitations fonctionnelles physiques indiquées dans l'expertise pluridisciplinaire du 6 mai 2010, sur la base desquelles a été calculé le revenu avec invalidité et donc le degré d'invalidité de 10,5 % comme fondements de la décision du 22 février 2011, restent pleinement valables encore actuellement.

En définitive, l'éventuelle mise en œuvre d'une expertise par des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelles ne pourrait pas établir des éléments pertinents dans le cadre de la présente procédure et apparaît en conséquence superflue. Elle ne sera donc, par appréciation anticipée des preuves, pas ordonnée au titre de mesure d'instruction.

e. Il ne pourrait pas non plus être octroyé au recourant, au fond, des mesures de réadaptation, notamment des mesures d'ordre professionnel, au sens de l'art. 8 LAI.

En effet, celui-ci n'y a conclu ni dans sa nouvelle demande déposée le 4 juillet 2017, ni dans le cadre de la présente procédure de recours. De surcroît, il lui manque manifestement la faculté subjective et la volonté de réadaptation, sous forme d'un minimum de motivation en vue de se réinsérer dans le marché du travail, comme vu plus haut, de sorte qu'il n'a pas droit à des mesures de réadaptation (ce droit pouvant, dans ces conditions, être nié sans procédure préalable de mise en demeure et d'octroi d'un délai de réflexion convenable en application de l'art. 21 al. 4 LPGA; dans ce sens, cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral 8C_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3, 9C_59/2017 du 21 juillet 2017 consid. 3.3, 9C_469/2016 du 22 décembre 2016 consid. 7 et 8C_726/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.3; Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 5 ad art. 8 LAI).

14. Pour le reste, s'agissant du fond du litige, est encore litigieuse la question de l'abattement du salaire – statistique – avec invalidité (fixé ici par l'office sur la base de l'ESS). L'intimé a retenu, dans sa décision attaquée, le taux d'abattement de 10 %, tandis que le recourant demande quant à lui que ce taux soit porté à 25 %.

Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Quoi qu'il en soit, même si on retenait le taux d'abattement maximal de 25 %, ceci ne changerait ici rien au fait que le taux d'invalidité correspondant – de 25 % - serait insuffisant pour donner à l'intéressé le droit à une rente d'invalidité, l'art. 28 LAI exigeant pour cela un degré d'invalidité minimal de 40 %.

15. Vu l'ensemble des considérants qui précèdent, en l'absence en particulier d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits du recourant (au sens des art. 87 al. 2 et 3 RAI ainsi que, par analogie 17 al. 1 LPGA) et d'un autre motif de révision ou de reconsidération (art. 53 al. 1 et 2 LPGA), toutes les conclusions de celui-ci doivent être rejetées.

    Il est précisé que cette issue ne tient aucunement compte d'une éventuelle aggravation de l'état psychique de l'assuré depuis le début de l'année 2022 comme indiqué dans l'attestation de sa psychiatre traitante du 11 mars 2022, dans la mesure où l'état de fait pertinent pour le présent arrêt est celui existant à la date de la décision attaquée, le 25 novembre 2019. Le rejet du recours n'exclut pas une éventuelle demande de révision qui serait fondée sur une péjoration de l'état de santé.

16. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA, applicable ratione temporis vu l'art. 83 LPGA).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — Le président

Diana ZIERI — Blaise PAGAN

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