RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1881/2021 **ATAS/1107/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 décembre 2022

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LE LIGNON, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés	recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente ; Teresa SOARES et Anny FAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, a travaillé en tant que gestionnaire en logistique, jusqu'au 30 avril 2012, date à laquelle son employeur a mis un terme au contrat de travail. Il a perçu ensuite des indemnités de chômage.

b. L'assuré a subi un accident de circulation en janvier 2012. Il a souffert d'un traumatisme crânien sans perte de connaissance ni amnésie circonstancielle. Le 20 juillet 2013, l'assuré a subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique à la suite duquel il a été hospitalisé dans le Service de neuro-rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). L'assuré présentait des troubles de l'attention modérés, des troubles exécutifs légers en amélioration, une discrète agraphie avec erreurs d'origine mixte, une quadranopsie inférieure droite périphérique régressive, des troubles de la sensibilité profonde et superficielle du membre supérieur droit en régression et une suspicion de migraines avec aura.

c. L'assuré a été hospitalisé dans le service de psychiatrie des HUG du 6 au 17 février 2014 suite à un tentamen. Les médecins ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. À la sortie, il ne présentait plus de troubles de l'attention ou de la concentration, La thymie s'était améliorée, il n'y avait plus d'idées noires ou suicidaires.

B. **a.** Le 30 mai 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant des séquelles incapacitantes de l'AVC.

b. Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a mandaté le CEMed pour une expertise pluridisciplinaire (médecine interne/neurologie/psychiatrie et neuropsychologie). Dans leur rapport du 30 juin 2016, les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 100% aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 30% compte tenu des limitations fonctionnelles relevées dans le volet neuro-psychologique. L'assuré présentait une atteinte neuropsychologique légère à moyenne caractérisée par des troubles exécutifs et attentionnels modérés à sévères au premier plan, associés à de légères difficultés langagières et visuo-constructives, compatible avec des séquelles hémisphériques gauches consécutives à l'AVC survenu en juillet 2013. Les capacités d'attention divisée étaient péjorées. Sur le plan psychiatrique, l'épisode dépressif sévère était en rémission depuis fin 2014. Le diagnostic de probable trouble de la personnalité sans précision (F.69.9), présent depuis le début de l'âge adulte, n'entraînait alors pas de limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique.

C. **a.** Par décision du 23 novembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, motif pris que l'évaluation de la capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30% ne donnait pas droit à une rente.

b. Par arrêt du 22 août 2017 (ATAS/698/2017), la chambre de céans a admis partiellement le recours interjeté par l'assuré. Après un abattement de 10%, le degré d'invalidité s'élevait à 40% et ouvrait droit à un quart de rente depuis le 1er novembre 2014.

c. Sur recours de l'OAI, le Tribunal fédéral, par arrêt du 12 mars 2018, a admis le recours, constaté que le degré d'invalidité de l'assuré s'élevait à 37%, insuffisant pour ouvrir droit à un quart de rente. Le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt de la chambre de céans et confirmé la décision de l'OAI.

D. **a.** Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a déposé une nouvelle demande en date du 18 novembre 2019, visant notamment à l'octroi de mesures professionnelles. Il a produit un rapport daté du même jour établi par le Dr B_____, FMH en médecine interne, médecin traitant, attestant suivre le patient depuis septembre 2017 pour diverses affections dont des douleurs récurrentes de son membre supérieur droit, une fibrillation auriculaire (FA), des troubles ostéo-articulaires, des prescriptions de physiothérapie et un état dépressif chronique. L'évolution est stagnante. Les limitations sont en lien avec les séquelles de son AVC en 2013 (troubles de la mémoire et phasique, altérations des mouvements fins de la main droite) et l'état dépressif. La capacité de travail est difficile à évaluer, elle pourrait être de 100% mais dans une activité adaptée. L'assuré a communiqué encore un rapport de consultation neurologique du 14 décembre 2017, établi par le Professeur C_____ de l'Hôpital de la Tour, aux termes duquel l'examen neurologique montre un status séquellaire arec réduction de la fluence verbale, de troubles gnosiques liés surtout à la reconnaissance par les voies sensitives qui sont altérées et sur le plan superficiel et sur le plan profond. Le tout suggère une souffrance fronto-pariétale gauche. L'origine n'était pas très claire en 2013, toutefois la découverte d'une FA récente nécessitait la réintroduction d'une anticoagulation. L'assuré a joint également un rapport d'ergothérapie daté du 22 septembre 2017 par le Service d'ergothérapie de Beau-Séjour, faisant état d'une prise en charge du 27 février 2017 au mois de juillet 2017, date de la fin de la prise en charge suite à des problèmes médicaux qui l'ont fortement perturbé sur le plan physique et moral. Selon l'ergothérapeute, il semblait difficilement envisageable que l'assuré puisse prétendre à une activité sur le premier marché du travail et elle a pu constater qu'il était difficile et parfois anxiogène pour l'assuré de modifier ses habitudes.

b. Le 13 décembre 2019, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de refus d'entrer en matière, motif pris qu'il n'y avait pas de modification notable de la situation professionnelle ou médicale.

c. L'assuré s'y est opposé par courrier du 24 janvier 2020, alléguant qu'il présente toujours de nombreuses limitations fonctionnelles et que désormais il consulte un psychiatre et un neurologue. Il a sollicité un délai pour compléter sa demande.

d. Dans son rapport de consultation ambulatoire du 30 janvier 2020, le Dr D_____, médecin chef de clinique, spécialiste en médecine physique et réadaptation des HUG, indique que le patient conserve les plaintes qui sont globalement superposables à celles exposées en décembre 2016 lors de la consultation chez le Professeur E_____. Sur le plan neurologique, la situation lui semble stabilisée depuis 2016 et ne pas relever d'une reprise de thérapie, ou de nouvelles explorations. Il ajoutait qu'il demandera une clarification de la situation par leur assistante sociale et, si nécessaire, une évaluation des capacités professionnelles par une ergothérapeute préprofessionnelle.

e. Dans un rapport du 17 février 2020, la Dre F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre son patient depuis le 16 janvier 2020. Sur le plan anamnestique, depuis une année son état de santé psychiatrique s'est péjoré gravement. Les conséquences psychologiques des séquelles de son AVC apparaissent maintenant massivement au premier plan. Cette aggravation a réveillé la pathologie psychiatrique liée à l'accident très grave dont il a été victime en 2012 ; l'effet cumulatif de ces deux événements traumatiques n'est pas à sous-estimer. Parmi les symptômes somatiques impactant son état psychiatrique, les dyspraxies massives et répétitives sont évidentes dans les relations sociales. Il souffre de diverses séquelles dont celles résultant de la perte de la sensibilité profonde de la main droite, d'oublis, de troubles de la concentration, des limitations dans l'initiative concernant des gestes non répétitifs. Il présente un état dépressif et anxieux important et le risque suicidaire est toujours d'actualité.

f. Dans un rapport du 29 février 2020, le Dr B_____ diagnostique un état de stress post-traumatique, des séquelles d'AVC et une fibrillation auriculaire. Il atteste une capacité de travail nulle pour toute activité.

g. Par rapport du 20 mars 2020, la Dre F_____ indique que l'état de santé global de son patient n'est pas stationnaire depuis 2016, mais qu'il se dégrade. Après son accident de 2012 où il a été percuté par un véhicule, il a développé des symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique, qui persisteront malgré un bref traitement psychiatrique. Suite à l'AVC de 2013, la symptomatologie psychiatrique est réapparue. Elle diagnostique un syndrome de stress post traumatique chronique. A chaque micro événement auquel il ne peut faire face adéquatement, le patient revit tous les aspects de l'accident sous forme de flashback, de cauchemars, d'attaques de panique, de troubles obsessionnels. Suite à l'AVC, le patient a dû réapprendre à parler, à penser, à formuler une phrase, à écrire et compter. L'évolution est lentement positive depuis le 16 janvier 2020, sous traitement de Cipralex et Temesta. L'angoisse, la colère et un profond sentiment de honte sont au premier plan. Il vit avec sa compagne, essaie de

participer à la vie du foyer, mais de fait il n'y parvient pas. Il présente encore d'autres problèmes, énurésie depuis deux ans, maladresse qui l'empêche d'utiliser des ustensiles coupants, déchaussement progressif des dents avec ablation de toutes les dents, plusieurs allergies ayant nécessité des interventions d'urgence. Le patient n'est pas apte à reprendre une activité professionnelle, même à long terme ; sa capacité de travail est nulle. Selon la psychiatre, lors d'un stage à Belle-Idée, il a travaillé 2 h par jour, 4 jours par semaine, avec un rendement effectif de 5%. L'angoisse de ne pas réussir, même une petite activité, avait un effet déstructurant de son psychisme et l'obligeait à tout reprendre depuis le début. Toute recherche de travail ne fait que confronter le patient à ses manques irréversibles et péjore son état de santé en réactivant tous les symptômes du SSPT tout comme le fait par exemple de retourner sur le lieu de l'accident.

h. Le Dr B_____ a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI en date du 29 mai 2020 attestant que la capacité de travail de son patient est nulle dans toute activité, depuis qu'il le connaît (septembre 2017). Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont un syndrome de stress post-traumatique selon la psychiatre, les séquelles de l'accident de 2012 et l'AVC de 2013, ainsi qu'une fibrillation auriculaire rapide par moment. Le pronostic pour une réadaptation est mauvais selon l'avis surtout psychiatrique.

i. Par avis du 23 juin 2020, le SMR a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec les spécialités de neurologie, psychiatrie (avec bilan neuropsychologique) et médecine interne. La Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après : CRR) a été mandatée à cet effet, où l'assuré a séjourné du 1er mars au 4 mars 2021.

E. **a.** La CRR a établi son rapport d'expertise le 29 mars 2021. L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique le 1er mars 2021, d'une expertise neuropsychologique le 2 mars 2021, neurologique le 3 mars 2021 et psychiatrique le 4 mars 2021.

b. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 4 mars 2021, le Dr G_____, expert psychiatre, a retenu, à l'issue de son examen, les diagnostics suivants avec impact sur la capacité de travail : trouble cognitif léger après AVC sylvien et fronto-pariétal gauche en juillet 2013 (F06.7), probable trouble affectif dépressif organique (F06.21), trouble maladif de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30); depuis toujours. Décompensé depuis le 18 janvier 2012, date d'un accident de la circulation. Altération durable de la personnalité, réactionnelle à sa situation psychosociale (F62.9) ; depuis janvier 2012.

L'épisode dépressif sévère et/ou trouble de l'adaptation avec perturbation mixte de l'humeur (F32.2 et/ou F43.25), réactionnels à sa situation psychosociale, en rémission depuis 2015, et l'état de stress post-traumatique (F43.1), depuis l'accident du 18 janvier 2012 et sans gravité depuis 2015 environ, sont sans impact sur la capacité de travail.

Dans la discussion du cas, l'expert relève qu'il s'agit d'un tableau neuropsychiatrique complexe. Selon l'expert, c'est depuis janvier 2012, date de la décompensation du trouble de la personnalité préexistant, que l'on a le droit de parler d'une maladie grave du domaine psychiatrique, dans le sens que ce terme a en psychiatrie et en médecine des assurances. La survenue de limitations neuropsychologiques supplémentaires en juillet 2013 n'a fait qu'aggraver le tableau. Dans l'appréciation psychiatrique faite dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire CEMed de Nyon par le Dr H_____ du 30 juin 2016, le diagnostic d'un trouble maladif de la personnalité sans spécification (F60.9) figure. Néanmoins, le Dr G_____ relève que la psychopathologie spécifique de de cette atteinte a été peu investiguée, donc sous-estimée ; de plus il ne trouve pas d'interprétation et validation des résultats de l'examen neuropsychologique. Ainsi, l'aspect psychopathologique cérébro-organique (F06.7), pourtant bien présent, et reporté par la neuropsychologue d'alors, confirmé par la neuropsychologue de la CRR, la Dre I_____, n'a pas été pris en considération dans l'appréciation consensuelle de 2016. En conclusion, l'expert psychiatrique indique que la capacité de travail résiduelle sur le premier marché du travail est quasiment nulle depuis le 19 janvier 2012, pour des raisons purement psychiatriques, y inclus l'aspect psychiatrique cérébro-organique et neuropsychologique.

Le rapport d'expertise neuropsychologique du 2 mars 2021 a retenu le diagnostic d'un trouble mental, d'une lésion ou un dysfonctionnement cérébral, ou à une affection physique, sans précision (F60.9), dont le degré de gravité est léger à moyen selon la classification ASNP. Dans son ensemble, le tableau est comparable à ce qui était observé en 2016 et compatible avec les séquelles d'un AVC sylvien gauche. Dans son évaluation médicale, la neuropsychologue indique que les limitations fonctionnelles pouvant être déduites de ce tableau correspondent très précisément à ce que la collègue J_____ a décrit en 2016. Elle conteste toutefois l'interprétation qui en est donnée dans le rapport final de l'expertise 2016, relevant que ces limitations ciblent justement les compétences nécessaires à l'activité de logisticien ou à toute acticité nécessitant la gestion autonome d'une tâche complexe. L'experte I_____ conclut que les troubles neuropsychologiques sont incompatibles avec l'activité de logisticien. La capacité de travail dans l'ancienne activité est nulle. Sur le plan strictement cognitif, on peut retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée simple, routinière et structurée.

Dans son rapport du 3 mars 2012, l'expert neurologue, le Dr K_____, spécialiste FMH en neurologie, rappelle dans la synthèse et discussion, les difficultés scolaires auxquelles le patient a été confronté à deux reprises, la nécessité de faire une évaluation en centre ORIF sans que le dossier à disposition ne puisse en éclaircir les raisons. Il a également interrompu son apprentissage, avant de travailler comme semi-ouvrier, monteur d'expositions jusqu'en 1988 avant qu'il n'entame des activités dans la gestion de stock et logistique avec l'obtention de ce

type de formation en 2011, tout en soulignant qu'il a été licencié à deux reprises successivement et également de l'armée après 18 jours. Ceci traduit déjà les faibles ressources dont dispose ce patient et qui paraissent avoir totalement été ignorées dans l'expertise de 2016. Du point de vue neurologique et neuropsychologique, l'expert estime que la situation est stable, mais tout en soulignant la présence de signes d'une surcharge fonctionnelle chez un patient qui a tendance à exclure sa main droite dans toutes ses activités. Par contre, l'appréciation de ses séquelles neurologiques et cognitives a des répercussions professionnelles différentes des conclusions du CEMED. L'expert K_____ relève que l'appréciation retenue par l'expertise de 2016 lui semble purement une appréciation médico-théorique et qui banalise les limitations bien décrites par la neuropsychologue, rapportées dans la discussion, et qu'il retrouve dans le présent bilan neuropsychologique. L'expert estime que le patient n'a plus de capacité de travail dans une activité de gestionnaire de stock et de logistique. Etant donné les difficultés scolaires et d'apprentissage, il paraît difficile d'envisager une nouvelle formation sans à nouveau mettre en échec ce patient aux faibles ressources. Une activité simple et répétitive ne faisant pas appel à de fortes capacités exécutives pourrait être envisagée, à 50%, mais en soulignant que le patient présente encore des séquelles sensitives de sa main droite, qu'il a tendance à exclure avec des éléments de surcharge fonctionnelle, sans compter la composition psychiatrique mise en évidence par l'expert psychiatre.

Dans leur rapport final du 20 mars 2021, les experts, au terme d'une appréciation consensuelle, retiennent les diagnostics d'un hémisyndrome sensitivo-moteur droit (G81.9), à nette prédominance brachiale et distale, avec des troubles cognitifs, l'ensemble étant constitutif d'un trouble mental de gravité légère à moyenne (F06.9). Sur le plan psychiatrique, sans que cela n'implique une évolution notable depuis la même époque, leurs conclusions s'écartent des diagnostics retenus par l'expertise antérieure et les experts retiennent la persistance probable d'un trouble affectif dépressif organique F06.32 co-existant aux troubles cognitifs séquellaires de l'AVC. Les experts expliquent que la prise en compte de la biographie de cet assuré, en particulier l'évolution erratique de son parcours scolaire, professionnel, militaire et familial, est absente de l'expertise précédente. C'est depuis l'adolescence que s'est manifesté le trouble de la personnalité émotionnellement instable de type impulsif. Le diagnostic de trouble maladif de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif F60.30 est retenu, décompensé depuis 2012, date de l'accident qui a profondément précarisé l'assuré, bouleversant sa situation psychosociale et qui doit être considéré comme responsable d'une altération durable de sa personnalité F62.9. L'accident a été responsable d'un état de stress post-traumatique F43.1 qui se traduit encore par des reviviscences intrusives portant sur l'accident, mais cet état n'a plus aujourd'hui le caractère de gravité. L'effondrement de la situation psychosociale à la suite de l'accident de la voie publique, puis de l'AVC, s'est accompagné d'un épisode dépressif sévère (F32.2) à l'origine de la grave tentative

de suicide en 2014, en rémission depuis 2015. En conclusion, les experts indiquent qu'il est clair que la situation de cet assuré n'a pas notablement évolué depuis 2016, mais il est clair aussi que leur appréciation diverge largement des conclusions de l'expertise antérieure. Les difficultés secondaires à la fois aux troubles cognitifs et au trouble de la personnalité étaient sous-estimés dans le rapport final de l'expertise de 2016. En définitive, les troubles neuropsychologiques à eux seuls réduisent à néant la capacité de cet assuré à travailler dans son activité antérieure de logisticien. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles neuropsychologiques, c'est-à-dire simple, routinière, la capacité médico-théorique serait au plus de 50 % de rendement. Mais en réalité, l'atteinte psychiatrique complexe, ruinée par le trouble décompensé de la personnalité, rend illusoire la capacité de travail dans toute activité, ceci depuis le 12 janvier 2012, date de l'accident de la voie publique.

F. **a.** Par avis du 19 avril 2021, le SMR relève que les experts sont formels sur l'absence de modification de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision de 2016. Il s'agit d'une interprétation différente de la même situation médicale, de sorte qu'il faut s'en tenir aux conclusions de l'avis SMR de 2016.

b. Le 27 avril 2021, l'OAI a rendu une décision de non-entrée en matière sur la demande de prestations, motif pris qu'il n'a pas été constaté de modification notable de la situation professionnelle ou médicale.

G. **a.** Par acte du 31 mai 2021, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours. Il conteste le fait que l'intimé nie toute aggravation de son état de santé et produit un certificat médical établi par la Dre F_____ le 24 mai 2021, qui atteste que l'état psychiatrique de son patient a évolué négativement et a constaté personnellement une dégradation de l'état psychique de son patient depuis sa venue à son cabinet en janvier 2020, avec notamment des dyspraxies massives et répétitives évidentes dans les relations sociales, une perte de sensibilité profonde de la main droite, des oublis, des troubles de la concentration. Sur le plan interne, le Dr B_____ indique que le patient souffre de douleurs récurrentes du membre supérieur droit, d'une fibrillation auriculaire anti-coagulée, d'un état dépressif chronique. En outre, il a présenté un déchaussement progressif des dents qui a conduit à ordonner une ablation de toutes les dents pour instaurer un double dentier, les appareils n'étant toujours pas utilisables, ce qui a engendré un nouveau traumatisme sur le plan psychique. Le recourant fait valoir qu'il a aussi développé en mars 2020 plusieurs allergies ayant nécessité des interventions d'urgence et des hospitalisations. Sur le plan neurologique, le Professeur C_____, FMH en neurologie, attestait dans son rapport du 14 décembre 2017 d'un statut séquellaire avec réduction de la fluence verbale, des troubles gnosiques liés surtout à la reconnaissance par les voies sensitives qui sont altérées et sur le plan superficiel et sur le plan profond, le tout suggérant une souffrance fronto-pariétale gauche. Quant aux experts de la CRR, ils retiennent dans la section « diagnostics » qu'il a été victime d'un AVC sylvien gauche

ischémique en 2013, contrairement aux experts du CEMed de 2016 qui ne retenaient que des troubles sensitifs de l'hémicorps droit. Les experts de la CRR s'écartent aussi des diagnostics retenus en 2016, notamment en ce qui concerne le trouble affectif dépressif de type organique et le trouble maladif de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, aujourd'hui décompensé.

Le recourant soutient que le tableau de ses atteintes médicales s'est substantivement modifié depuis 2017 et conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

b. Dans sa réponse du 28 juin 2021, l'intimé relève que les conclusions de la CRR constituent une appréciation différente d'un état de santé inchangé, ce qui ne permet pas la révision. Il soutient que le réseau familial et amical de l'assuré lui procure des ressources mobilisables indéniables, de sorte qu'il n'y a pas de limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, ni d'échec du traitement. L'intimé conclut au rejet du recours.

c. Par réplique du 9 août 2021, le recourant conteste l'avis de l'OAI selon lequel les atteintes à la santé n'avaient eu que peu d'incidence sur sa vie sociale, constatations de fait manifestement incomplètes et erronées, abusant de son pouvoir d'appréciation. Il soutient qu'au vu de son altération de la personnalité, il n'arrive guère à mettre en pratique ses compétences professionnelles et l'on ne saurait déduire du contexte social qu'il dispose encore de ressources mobilisables de manière décisive. Il se réfère aux divers rapports médicaux.

d. Par écriture du 31 août 2021, l'OAI persiste dans ses conclusions.

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 de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

La décision litigieuse a été notifiée au recourant le 297 avril 2021. Le délai de 30 jours est arrivé à échéance le samedi 29 mai 2021, de sorte que le recours interjeté le lundi, soit le premier jour ouvrable qui suit et dans la forme requise, est recevable (art. 38 LPGA, 56ss LPGA et 62 ss LAI).

6. A titre préalable, la chambre de céans relève que la décision de l'intimé intitulée « refus d'entrer en matière » est erronée. En effet, dès lors que l'intimé ne s'est pas limité à l'examen des conditions d'entrée en matière, mais qu'il a effectué une instruction en mettant en oeuvre une expertise pluridisciplinaire, il lui appartenait de rendre une décision motivée portant sur le droit aux prestations du recourant (cf. ATF 9C_472/2016 du 29 novembre 2016, consid. 4.2). Au vu des conclusions prises par l'intimé dans sa réponse au recours, il convient d'admettre qu'il a en réalité refusé l'octroi de prestations.

Par conséquent, le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi de prestations au recourant suite à sa nouvelle demande.

7. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références; ATF 130 V 71 consid. 3.2 et les références; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon

l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain 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 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).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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

Selon 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).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

9. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

10. 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; ATF 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; ATF 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).

11. En l'espèce, le recourant allègue une aggravation de son état de santé depuis la décision de l'intimé du 23 novembre 2016, confirmée par l'arrêt du Tribunal fédéral. Selon l'intimé, il n'y a pas de modification notable, motif pris que les conclusions de l'expertise ordonnée constituent une appréciation divergente d'une situation médicale inchangée.

Il convient par conséquent de comparer la situation présentée au moment de la décision querellée à celle qui prévalait en 2016 au regard de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 30 juin 2016, en tenant compte des rapports médicaux produits et de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 20 mars 2021.

12. L'intimé se fonde sur les conclusions de l'expertise de la CRR, aux termes desquelles la situation de l'assuré n'a pas notablement évolué depuis 2016. Concernant l'évaluation de la capacité de travail, qui est nulle dans toute activité, l'intimé souligne que l'appréciation des experts de la CRR diverge en réalité de celle des experts du CEMed, de sorte qu'il n'y pas motif à révision.

12.1 La chambre de céans relève que l'expertise réalisée par la CRR comporte une anamnèse extrêmement fouillée et une description détaillée des symptômes présentés par le recourant, ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail. Dans leur appréciation consensuelle, les experts indiquent que les séquelles de l'AVC de 2013 sont un hémisyndrome sensitivo-moteur droit ainsi que des troubles cognitifs qui sont au premier plan des plaintes de l'assuré. Sur le plan psychiatrique, les experts relèvent que la prise en compte de la biographie de l'assuré, en particulier l'évolution erratique de son parcours scolaire, professionnel, militaire et familial, est absente de l'expertise précédente. C'est depuis l'adolescence que s'est manifesté le trouble de la personnalité émotionnellement instable de type impulsif, trouble maladif décompensé depuis 2012 suite à l'accident. Cet accident, plus que l'AVC, a profondément précarisé l'assuré, bouleversant sa situation psychosociale et doit aussi être considéré comme responsable d'une altération durable de sa personnalité. L'accident a été responsable aussi d'un état de stress post-traumatique qui se traduit encore par des reviviscences intrusives portant sur l'accident, mais cet état n'a plus aujourd'hui de caractère de gravité. L'épisode dépressif sévère à l'origine de la grave tentative de suicide en 2014 est en rémission depuis 2015. Mais le trouble de la personnalité, aujourd'hui décompensé, est constitutif d'une maladie psychiatrique qui peut être considérée comme grave.

12.2 Les experts soulignent que l'assuré avait bénéficié de la réadaptation neurologique hospitalière, avec une évolution lentement favorable, mais incomplète. L'assuré est resté notablement diminué, comme devait en témoigner l'échec du stage en ergothérapie à Beau-Séjour en 2017. Pour expliquer leur appréciation largement divergente de la conclusion de l'expertise antérieure en termes de capacité de travail en fonction du déficit neuropsychologique, les experts de la CRR indiquent que les limitations fonctionnelles sont parfaitement décrites par le rapport neuropsychologique de 2016, et superposables aux leurs. En revanche, l'expertise neuropsychologique actuelle conteste l'interprétation qui en est donnée par le rapport final de l'expertise de 2016, dans lequel on ne trouve pas d'interprétation ni de validation des résultats de l'examen neuropsychologique. En outre, sur le plan psychiatrique, l'expertise antérieure a négligé les difficultés rencontrées par l'assuré à l'adolescence et sous-estimé la gravité du trouble de la personnalité. Si celui-ci a été correctement relevé comme présent depuis le début de l'âge adulte, la psychopathologie spécifique de cette atteinte a été peu investiguée, donc sous-estimée, et la décompensation n'a pas été perçue par le rapport antérieur. En particulier, l'aspect psychopathologique cérébro-organique (F06.7), pourtant bien présent, rapporté d'ailleurs par la neuropsychologue d'alors et confirmé par la neuropsychologue de la CRR, n'a pas été pris en considération dans l'appréciation consensuelle de 2016. Il s'ensuit que les difficultés secondaires à la fois aux troubles cognitifs et au trouble de la personnalité étaient sous-estimés dans le rapport final de cette expertise. Dans leur analyse, les experts de la CRR ont relevé la bonne cohérence du tableau. En définitive, les troubles neuropsychologiques à eux seuls réduisent à néant la capacité de l'assuré à travailler dans son activité antérieure de logisticien et l'atteinte psychiatrique complexe, ruinée par le trouble décompensé de la personnalité, rend illusoire la capacité de travail dans toute activité depuis le 12 janvier 2012.

13. Force est de constater, à l'instar du recourant, que le tableau clinique actuel n'est pas identique à celui de 2016.

13.1 La chambre de céans constate tout d'abord que les experts de la CRR font état d'un nouveau diagnostic, l'atteinte cérébro-organique, qui n'a pas été relevée et donc pas prise en compte en 2016. De même, la décompensation n'a pas été perçue par l'expertise antérieure.

Le 14 décembre 2017, le Professeur C_____, neurologue, faisait état d'une réduction de la fluence verbale, de troubles gnosiques liés surtout à la reconnaissance par les voies sensitives qui sont altérées et sur le plan superficiel et sur le plan profond, le tout suggérant une souffrance fronto-pariétale gauche.

Ensuite, sur le plan psychiatrique, la chambre de céans constate que le recourant est suivi depuis janvier 2020 - et non depuis 2001 comme indiqué à tort ou par erreur dans l'expertise de la CRR - comme l'atteste la Dre F_____ dans ses rapports des 17 février 2020 et 24 mai 2021. Selon les pièces du dossier, dans le

passé, le recourant avait bénéficié d'un suivi psychiatrique à la suite de sa grave tentative de suicide en 2014, ce jusqu'à la fin de l'année 2014. Tel n'était ainsi plus le cas lors de l'expertise du CEMed de 2016, le recourant n'ayant alors plus de suivi psychiatrique, ni de prescription de psychotropes.

Or, la psychiatre indique dans ses rapports des 20 février 2020 et 20 mars 2020 que l'état de santé de son patient s'est aggravé depuis une année nécessitant une prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse (Cipralex, Temesta). Elle relève qu'à la suite de son AVC, il n'avait pas été jugé nécessaire qu'il consulte un psychiatre, mais les conséquences psychiatriques tardives sont lentement apparues il y a une année environ, pour devenir suffisamment aigues pour qu'il consulte. Parmi les symptômes somatiques impactant l'état psychiatrique du recourant, la psychiatre a constaté que les dyspraxies massives et répétitives sont évidentes dans les relations sociales de son patient depuis plus de sept ans. Cela impacte sérieusement l'estime qu'il a de lui-même et le précipite depuis maintenant une année dans un état dépressif et anxieux grave. Le risque suicidaire est malheureusement toujours d'actualité. Le syndrome de stress post-traumatique est chronique. A chaque micro-événement auquel il ne peut faire face adéquatement, il revit tous les aspects de l'accident sous forme de flashback, d'attaques de panique, de troubles compulsifs. Selon la psychiatre, l'évolution est lentement positive depuis le 16 janvier 2020 sous traitement médicamenteux, mais un soutien psychothérapeutique est indiqué. Le pronostic est néanmoins très réservé et la capacité de travail est nulle. Selon la psychiatre, toute recherche de travail actuellement ne fait que confronter le patient à ses manques irréversibles et péjore son état de santé en réactivant tous les symptômes du SSPT. Le Dr B_____, médecin traitant, partage l'avis de la psychiatre quant à l'incapacité de travail.

Il convient de constater une aggravation sur le plan psychiatrique depuis 2019, ayant nécessité une prise en charge psychiatrique et médicamenteuse, les problèmes psychiatriques étant désormais massivement au premier plan, ce qui n'était pas le cas en 2016.

13.2 Concernant la capacité de travail telle qu'évaluée en 2016, la chambre de céans constate qu'elle a été infirmée par le stage effectué par le recourant en 2017, notamment en ergothérapie préprofessionnelle à Beau-séjour. Sur un temps de présence de 20%, le rendement a été de 5 % seulement. Il a été noté une fatigabilité importante. En raison des troubles de sensibilités superficielle et profonde, le recourant a peur d'utiliser sa main droite, ayant vécu des expériences de blessures. L'ergothérapeute a conclu qu'il semble difficilement envisageable que l'assuré puisse prétendre à une activité sur le premier marché du travail. Elle a aussi observé qu'en abordant la question d'une augmentation du temps de présence, cela a beaucoup perturbé l'assuré, car cela venait à changer toute la routine déjà mise en place et il craignait de ne plus avoir les mêmes repères. Il a été constaté qu'il était difficile et parfois anxiogène pour l'assuré de modifier ses

habitudes. Par ailleurs, en fin de stage, des difficultés d'ordre médical l'ont fortement perturbé sur le plan psychique et moral.

Force est de constater que la capacité de travail du recourant a évolué défavorablement.

13.3 Même si l'évolution sur le plan psychique a été lentement favorable sous traitement, le recourant n'a en revanche pas recouvré une capacité de travail. En effet, compte tenu de la gravité des troubles psychiatriques et neuropsychologiques, l'incapacité de travail de 100% suite à l'aggravation attestée par la psychiatre depuis 2019 à tout le moins n'a pas évolué favorablement ; elle était toujours totale lors du dépôt de la demande en janvier 2020 et elle est toujours totale dans toute activité selon les experts de la CRR.

13.4 Par conséquent, compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il convient d'admettre que la situation sur le plan psychiatrique et neuropsychologique a évolué défavorablement depuis la décision de 2016, à la fois sur le plan de la capacité de travail depuis 2017 et depuis le début de l'année 2019 sur le plan psychiatrique, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis janvier 2019 en tout cas.

14. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit les conditions d'octroi de la rente. Entre autres exigences, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI établit le moment où naît le droit à la rente, soit 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.

Ces dispositions s'appliquent également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations. En d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3 p. 7 et arrêt 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6) ; ATF 9C_302/2015 du 18 septembre 2015, 8C_629/2021 du 2 août 2021).

En l'espèce, compte tenu de l'aggravation sur le plan psychiatrique depuis janvier 2019 au moins, induisant une incapacité de travail de 100%, le recourant présente un degré d'invalidité de 100%, de sorte qu'il a droit à une rente entière d'invalidité six mois après le dépôt de sa demande, soit depuis le 1er juin 2020.

15. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis et la décision de l'intimée annulée.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du

30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OAI du 27 avril 2021.
4. Dit que A_____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2020.
5. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente suppléante
Maryline GATTUSO	Juliana BALDÉ

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