RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1890/2020 **ATAS/651/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 juin 2021

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SIEGRIST	recourant

contre

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

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ DE SOUSA (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né le _____ 1956, a séjourné en Suisse de 1982 à 1992, puis dès 1998. Il a exercé diverses activités dans le domaine du bâtiment, la dernière en tant que poseur de marbre pour la société B_____ SA depuis le 1er janvier 1999.

2. Le 25 octobre 2002, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Il est tombé de sa hauteur sur les fesses lors d'une glissade.

   Le cas a été pris en charge par la caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA).

3. À la demande de la SUVA, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 24 juin au 16 juillet 2003.

4. En date du 10 décembre 2003, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office d'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et à une rente.

5. Se fondant sur le rapport de la CRR du 5 août 2003, l'OAI a, par décision du 26 mai 2005, confirmée sur opposition le 4 juillet 2005, refusé l'octroi de prestations à l'assuré, celui-ci disposant d'une entière capacité de travail dans son ancienne profession depuis le 4 août 2003.

6. Saisi d'un recours contre la décision précitée, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le TCAS), alors compétent, l'a partiellement admis par arrêt du 13 décembre 2005 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a en substance constaté que l'OAI se fondait sur le seul rapport de la CRR. Or, les médecins de cette clinique ne s'étaient penchés que sur les diagnostics consécutifs à l'accident et n'avaient pas procédé à une appréciation globale de l'état de santé de l'assuré. Quant au médecin traitant, il se prononçait certes sur l'incapacité de travail au regard de toutes les atteintes de l'assuré. Cependant, ses conclusions n'étaient pas confirmées par d'autres médecins. Il y avait dès lors lieu de procéder à une expertise multidisciplinaire pour évaluer la capacité de travail (ATAS/1081/2005).

7. Suite au renvoi de la cause, l'OAI a mandaté pour expertise le docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR).

   Dans leur rapport le 27 avril 2006, les médecins précités ont retenus les diagnostics de troubles dégénératifs lombaires bas étagés (M51.8) (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi que de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) et obésité (sans répercussion sur la capacité de travail).

   En raison de l'atteinte somatique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Elle était toutefois entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: nécessité de pouvoir alterner une fois par heure les

positions assis/debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, pas de port régulier de charge de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail effectué sur des engins vibrants. Une période de remise en forme de plusieurs mois avant la reprise du travail était de plus nécessaire en raison du déconditionnement physique du recourant. La capacité de travail dans une activité adaptée était ainsi possible dès le 3 août 2003, date à laquelle les experts ont pensé, à tort, que la SUVA avait mis fin à ses prestations (en réalité le 30 novembre 2003).

L'expert n'avait pas retenu d'atteinte à la santé d'ordre psychiatrique incapacitante. Dans le contexte des douleurs chroniques alléguées, l'assuré ne présentait pas de trait prémorbide, de comorbidité psychiatrique ni d'affections corporelles chroniques. Il n'y avait pas non plus de perte d'intégration sociale et l'environnement psychosocial était intact. Par ailleurs, l'expert psychiatre n'avait identifié aucun élément anxieux ou dépressif.

8. Par décision du 24 janvier 2007, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré en se fondant sur les conclusions de l'examen du SMR. En effet, après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 35.3%, ce qui était insuffisant pour donner droit à une rente. Cela étant, sur demande motivée de l'assuré, une aide au placement pourrait être examinée.

9. Saisi d'un recours, le TCAS l'a rejeté par arrêt du 4 mars 2008. Considérant que le rapport d'examen des médecins du SMR revêtait une pleine valeur probante, le TCAS a procédé à une nouvelle comparaison des revenus et a conclu à un degré d'invalidité de 39%, toutefois toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (ATAS/250/2008).

10. Le 18 juillet 2008, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant une nouvelle atteinte psychique et une aggravation de son état de santé.

11. Par décision du 14 septembre 2009, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré faute d'aggravation de son état de santé.

12. Par arrêt du 5 octobre 2010, le TCAS a partiellement admis le recours de l'assuré et a renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dès lors qu'aucun des rapports médicaux au dossier ne revêtait une pleine valeur probante (ATAS/1006/2010).

13. Suite au renvoi, l'OAI a mandaté le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, pour expertise.

    Dans son rapport du 9 mai 2011, le médecin précité a posé les diagnostics de processus d'invalidation très avancé (F 68.0), de dysthymie (F 34.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), tous trois étant toutefois sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.

14. Par décision du 29 février 2012, l'OAI a refusé le versement d'une rente, faute d'invalidité suffisante.

15. Sur recours, la chambre de céans, compétente depuis le 1er janvier 2011, s'est ralliée, dans un arrêt du 23 octobre 2012, aux conclusions du Dr E_____, selon lesquelles l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique entraînant une incapacité de travail de longue durée et a confirmé le degré d'invalidité tel que calculé par l'OAI, et partant, la décision du 29 février 2012 (ATAS/1274/2012).

16. Par arrêt du 4 juin 2013, saisi par un recours en matière de droit public déposé par l'assuré, le Tribunal fédéral a rejeté le recours (9C_980/2012).

17. L'assuré a déposé une troisième demande de prestations d'invalidité le 23 mars 2015, alléguant souffrir d'un trouble psychiatrique, de douleurs dorsales et dans la jambe droite, ainsi que de problèmes d'équilibre.

18. Par courrier du 8 avril 2015, le docteur F_____, chef de clinique au Service des spécialités psychiques des HUG, a expliqué suivre l'assuré depuis le 29 février 2012. Son état psychique s'était aggravé de manière considérable depuis cette date. Au cours de l'année 2012, l'état clinique correspondait à un épisode dépressif d'intensité moyenne. Cet épisode dépressif s'était péjoré en 2013. Le traitement avait été modifié en présence d'une composante anxieuse importante. Une légère amélioration clinique avait été constatée courant 2014 et des démarches de réinsertion professionnelle avaient été entreprises. Le patient s'était ainsi inscrit au chômage en automne 2014, et début 2015, il avait effectué un stage de réévaluation des compétences professionnelles auprès de l'entreprise sociale PRO. En début d'année 2015, l'état de santé du patient s'était néanmoins péjoré. Le traitement avait été modifié, ce qui avait eu pour conséquence de nombreux effets secondaires. En avril 2015, il avait à nouveau modifié le traitement. Les limitations fonctionnelles actuelles du point de vue psychiatrique étaient un ralentissement psychique et moteur, une diminution de la capacité de concentration, une fatigabilité accrue, une aboulie et anhédonie, ainsi que des tremblements liés très probablement à une anxiété importante. Pour le surplus, il renvoyait au rapport de l'atelier PRO, lequel concluait notamment au fait que l'assuré n'était en mesure de travailler ni dans le marché économique ni dans un atelier protégé. Compte tenu de ces conclusions et de la péjoration de l'état psychique de l'assuré, une nouvelle demande de prestations d'invalidité avait été déposée, en accord avec le responsable du stage PRO et du référant à l'office cantonal de l'emploi.

    En annexe figurait le rapport établi le 11 mars 2015 à l'issue du stage dans les ateliers de l'entreprise PRO, dont il ressort que l'assuré était considéré comme étant éloigné du marché du travail. Les responsables du stage préconisaient la mise en place d'un soutien (médical, institutionnel et social) pour permettre à l'assuré d'améliorer sa situation.

19. Par décision du 5 juin 2015, l'office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré l'assuré inapte au placement depuis le 5 mars 2015.

20. Le dossier a été soumis au SMR, qui a considéré, par avis du 27 août 2015, que le Dr F_____ n'apportait aucun élément médical nouveau d'un point de vue psychiatrique. Il formulait les mêmes constatations que celles renseignées depuis 2009, retenant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, et de fluctuation de la thymie (variations des scores à l'échelle MADRS). Ces éléments ne différaient ainsi pas de ceux qu'il notait avant la dernière décision. Enfin, le médecin précité paraissait s'inspirer du rapport établi à l'issue d'un stage d'évaluation chez PRO pour attester une incapacité totale de travail dans l'économie libre, ce qui ne saurait être un élément suffisant pour étayer le diagnostic retenu. L'aggravation n'était ainsi pas rendue plausible.

21. Le 11 septembre 2015, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel il refusait d'entrer en matière sur la demande de prestations du 23 mars 2015.

22. Un procès-verbal d'audition, valant opposition, a été établi le 7 octobre 2015. En annexe à celui-ci figurait une nouvelle attestation du Dr F_____, datée du 22 septembre 2015, aux termes de laquelle l'état clinique de l'assuré s'était modifié de façon notable depuis juin 2013 sur le plan de l'humeur. La thymie et les symptômes anxieux s'étaient aggravés, de même que les problèmes de sommeil, de l'appétit, et des fonctions cognitives. L'assuré avait davantage d'idées noires, avec occasionnellement la présence d'idées suicidaires. Son épouse avait mentionné que la situation se péjorait de jour en jour, l'assuré se refermant sur lui-même et n'ayant plus de contact avec personne.

23. Dans un rapport du 14 octobre 2015, le docteur G_____, médecine interne FMH, a évoqué des tremblements, qu'il avait lui-même constatés lors de sa consultation courant 2013. Par ailleurs, le médecin traitant avait pu constater l'installation, de troubles de l'attention, de concentration et d'une tendance à l'aboulie. Ces éléments, au début d'importance variable d'une consultation à l'autre, étaient maintenant constants. L'étiologie en était de son point de vue non organique, raison pour laquelle il n'avait pas procédé à d'autres investigations. Il lui paraissait désormais indispensable pour la prise en charge de ces troubles d'orienter l'assuré vers son psychiatre traitant, le Dr F_____, dès lors qu'ils indiquaient une aggravation importante de sa maladie psychique.

24. Le 13 novembre 2015, le SMR s'est déterminé sur le courrier du Dr G_____ du 14 octobre 2015, et confirmé son précédent avis, à teneur duquel l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.

    En effet, du point de vue somatique, le Dr G_____ signalait des tremblements apparus en 2013, sans toutefois donner d'informations à ce sujet (pas de status neurologique, pas de résultats d'examens complémentaires ni de compte rendus de consultation spécialisée). Ce tremor des extrémités était toutefois déjà mentionné lors de l'expertise psychiatrique de 2008 et ne constituait dès lors pas un élément

nouveau parlant pour une aggravation de l'état de santé. Sur le plan psychique, le médecin traitant renvoyait l'assuré vers son psychiatre traitant.

25. Par décision du 19 novembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision, refusant d'entrer en matière sur la demande du 23 mars 2015.

26. Sur recours, la chambre de céans a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, l'aggravation ayant été rendue plausible (ATAS/1037/2016).

27. Suite au renvoi, l'OAI a sollicité des informations des médecins de l'assuré.

28. Dans un rapport daté du 1er mars 2017, le docteur H_____, médecin ayant repris le suivi de l'assuré au sein de l'Unité des troubles de l'humeur des HUG, a mentionné les diagnostics de trouble dépressif récurrent, sans précision (F33.9) depuis 2007, trouble panique (F41.0) depuis 2008 et trouble somatoforme (F45) depuis 2008 également. L'état anxio-dépressif sévère entraînait une fatigabilité marquée et des troubles sévères de l'attention. Le pronostic était défavorable, la dépression s'étant révélée résistante à toutes lignes de traitement mises en places, les médecins ayant effectué plusieurs essais de différents antidépresseurs avec différents potentialisateurs. En raison de ces atteintes, la capacité de travail était nulle dans toute activité.

29. Dans son rapport du 25 avril 2017, le Dr G_____ a également évoqué le diagnostic d'épisode dépressif majeur, sévère, sans troubles psychotiques, et a renvoyé l'OAI aux médecins spécialistes pour plus de renseignements.

30. Au début du mois de mai 2017, le Dr H_____ a rappelé les diagnostics évoqués le 1er mars et a expliqué que lors de la consultation du 18 avril 2017, l'assuré souffrait toujours d'un état anxio-dépressif sévère, avec toutefois une fatigabilité moins marquée, une anxiété moins visible et des troubles de l'attention perturbant moins les échanges. Il y avait ainsi eu une légère amélioration de l'humeur. Une nouvelle potentialisation était en cours, avec un pronostic réservé, mais pas défavorable. Compte tenu de la légère amélioration entre octobre 2016 et avril 2017, le médecin précité n'avait plus d'argument en défaveur d'un projet de réinsertion adaptée et très progressive, avec une première étape à seulement 20%.

31. Les rapports précités ont été soumis au SMR qui a considéré dans un avis du 9 juin 2017, qu'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et neurologique était indiquée. Parallèlement, il convenait de solliciter des informations complémentaires des Drs G_____ et I_____.

32. Dans un rapport du 18 juillet 2017, le Dr I_____ a évoqué un état douloureux persistant post-traumatique (lombaire, céphalées), un état dépressif, une dystonie neurovégétative avec tremblements, tachycardie et hypersudation. Il n'y avait pas de déficit moteur ou sensitif. La palpation lombaire droite était sensible et le patient était difficile à mobiliser, même passivement. Il apparaissait tendu et nerveux, avec des tremblements de l'hémicorps droit et une transpiration continuelle. L'IRM cérébrale que le Dr I_____ avait préconisée s'était avérée dans la norme.

S'agissant du traitement, il avait préconisé un bêtabloquant, étant donné que l'assuré associait une légère hypertension artérielle et un tremblement. Le neurologue précité n'avait toutefois pas pu évaluer ce traitement à long terme, dès lors qu'il avait vu le patient pour la dernière fois le 10 décembre 2013. Au vu de la situation chronicisée, le pronostic était mauvais. La capacité de travail était probablement nulle, mais les limitations n'étaient pas d'ordre neurologique.

33. Le Dr G_____ s'est prononcé dans un rapport du 26 septembre 2017 et a fait état de lombalgies chroniques avec syndrome pseudoradiculaire irradiant vers le membre inférieur droit. L'assuré était limité dans la marche, avec l'utilisation d'au moins une canne anglaise lors des périodes d'aggravation des douleurs. La position assise était parfois difficilement tenue. Le traitement consistait en des antalgiques (paracétamol et AINS), les traitements plus intenses n'ayant pas apporté de grandes améliorations, mais ayant eu des effets indésirables. Depuis février 2012, l'évolution globale sur le plan somatique était stationnaire, avec des douleurs de fond et des épisodes / périodes d'aggravation des douleurs. Les tremblements des mains étaient des tremblements essentiels, lesquels étaient plus importants lors de périodes de décompensation psychique ou d'acutisation des douleurs. Le Dr I_____ avait également retenu un tremblement peu spécifique, fin et rapide, pour lequel il avait proposé des bêtabloquants, que l'assuré n'avait pas tolérés. Il y avait une prédominance du tremblement du côté droit, mais l'IRM cérébrale n'avait pas été contributive dans le diagnostic. Le Dr G_____ n'avait pas prescrit d'autres traitements pour ces tremblements, dès lors qu'ils ne constituaient pas la principale cause d'invalidité. La capacité de travail était nulle, l'assuré réalisant avec difficultés les activités de base de la vie quotidienne, une aide étant notamment nécessaire.

34. Conformément aux recommandations du SMR, l'OAI a mandaté pour expertise les docteurs J_____ (médecine générale), K_____ (rhumatologie), L_____ (psychiatrie et psychothérapie) et M_____ (neurologie), médecins auprès de CEMEDEX SA. Après avoir pris connaissance du dossier et examiné l'assuré, les médecins précités ont fait procéder à des compléments (examens sanguins, examen neuropsychologique et radiologie).

    Dans leur rapport du 20 novembre 2017, les médecins précités ont retenu les diagnostics de discopathie lombaire basse, spondylolisthésis L5-S1 de stade 1 avec discopathie L5-S1 (avec incidence sur la capacité de travail) et de processus d'invalidation très avancé (F68.0), dysthymie (F34.1) et syndrome douloureux persistant (F45.4) (sans incidence sur la capacité de travail). Il existait une absence de concordance entre l'anatomie (stabilisation des images radiologiques sans aggravation sur plusieurs années) et l'examen clinique, suggérant qu'il y avait des causes extérieures pouvant l'expliquer. L'assuré n'était pas coopératif en ce qui concernait la prise de certains médicaments. Une médication prise à des taux corrects et monitorisée régulièrement et la reprise du traitement par CPAP amélioreraient la qualité de vie de l'assuré, mais non sa capacité de gain. Des

mesures de réadaptation professionnelle étaient exigibles, mais en raison des diagnostics non invalidants, lesdites mesures n'auraient que peu de chances de succès. Les examinateurs avaient par ailleurs constaté des divergences dans le comportement de l'assuré entre la situation d'examen et en-dehors de celui-ci, ainsi qu'au sein de l'examen clinique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de poseur de marbre. En revanche, elle était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée, pas d'effort de soulèvement ni de port de charge supérieur à 5 kg, proche du corps, pas d'effort bras tendu en avant, pas de piétinement ni de position en porte-à-faux. La position assise était possible, mais nécessitait un changement de position régulier (assis-debout). L'assuré disposait de peu de ressources personnelles du fait de sa formation professionnelle et de son réseau social inexistant. Le pronostic était réservé en raison de l'avancée du processus d'invalidation.

35. L'expertise précitée a été soumise au SMR qui a considéré, dans un avis du 14 décembre 2017, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

36. Suite à l'expertise et à l'avis du SMR, l'OAI a transmis le dossier à son service de réadaptation, qui a estimé que dans la mesure où les conclusions médicales étaient suffisamment claires, il n'y avait pas lieu de les compléter par des renseignements d'ordre professionnel. L'assuré était ainsi en mesure d'assumer des tâches simples et peu qualifiées, telles que l'industrie légère, la livraison légère ou encore la surveillance, activités représentées de manière suffisamment significatives sur un marché équilibré du travail. Par ailleurs, compte tenu de l'éloignement du marché du travail et du processus avancé d'invalidation, soulevé par les médecins, des mesures de réadaptation auraient de toute évidence été biaisées. Au demeurant, elles n'auraient été ni simples ni adéquates et n'auraient en aucun cas permis de réduire le dommage au vu des activités envisageables, de l'âge de l'assuré et de son parcours.

37. Par décision du 27 avril 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations vu la capacité de l'assuré à exercer à 100% une activité adaptée. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 20%, ce qui était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

38. Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre de céans a, par arrêt ATAS/496/2019 du 4 juin 2019, renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

    En substance, elle a estimé que faute d'explications de l'expert psychiatre du CEMEDEX, on ne savait pas comment celui-ci avait examiné le caractère incapacitant du trouble somatoforme, en particulier s'il avait suivi la nouvelle grille d'évaluation prévue par l'ATF 141 V 281, applicable en l'espèce vue la date à laquelle la décision querellée avait été rendue. Il n'était ainsi pas possible de

procéder à une appréciation concluante selon les indicateurs développés par la jurisprudence actuelle sur la base du volet psychiatrique de cette expertise. La cause devait donc être renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise exclusivement psychiatrique, laquelle devait se prononcer sur le caractère invalidant des troubles psychiques conformément à la grille d'évaluation élaborée par le Tribunal fédéral en 2015 et indiquer les motifs pour lesquels l'expert s'écartait, le cas échéant, du diagnostic d'état dépressif d'intensité sévère posé par les médecins traitants.

39. Suite au renvoi de la cause, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique et mandaté, pour ce faire, le docteur N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

40. Le 12 septembre 2019, l'assuré a, par l'intermédiaire de son avocat, transmis à l'OAI un certificat médical, établi le 19 mars 2018 par la doctoresse O_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour communication à l'expert. Selon ce certificat, l'assuré présentait une tristesse de l'humeur avec idées de culpabilité, un pessimisme, une perte de l'élan vital, un ralentissement moteur, un faciès douloureux, une asthénie, des ruminations intenses et un trouble de la concentration. Il déclarait avoir des idées suicidaires occasionnelles, sans projet défini, ne plus voir d'issue à sa situation autre que la mort et dormir deux à trois heures par nuit. Il souhaitait arrêter ses démarches administratives et indiquait avoir été poussé par ses enfants pour venir en consultation sinon il passerait ses journées enfermé seul chez lui. L'échelle MADRS était évaluée à 46 points ce qui témoignait d'un état dépressif d'intensité sévère.

41. Dans son rapport du 28 novembre 2019, le Dr N_____, assisté de Madame P_____, psychologue FSP, n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. Il a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles dépressifs récurrents légers depuis 2015, entrecoupé par des rémissions partielles suivies de rechutes (F 33.0), des traits de la personnalité mixte émotionnellement labile de type impulsif et anxieux actuellement non décompensé – étant précisé que ce trouble n'avait pas empêché l'assuré de travailler par le passé – (Z 73.1) et un trouble douloureux somatoforme persistant. En l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables, les indices jurisprudentiels de gravité pour les diagnostics précités n'étaient pas remplis. L'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables était illustrée par l'absence de plaintes psychiques significatives en dehors des douleurs et de la fatigue, mais aussi indirectement par la journée type et par le fait que l'assuré considère sa tristesse comme étant moins importante que les effets secondaires des traitements antidépresseurs et ne l'empêche pas de s'occuper de son quotidien en dehors des activités lourdes physiquement, de se promener, de rencontrer des connaissances, de regarder la télévision, de partir en vacances et de s'occuper de ses petits-enfants. Les ressources conservées par l'assuré étaient acceptables et celui-ci gérait son quotidien sans

limitations d'un point de vue psychiatrique, sans suivi psychiatrique régulier mais seulement tous les quatre mois et sans traitement antidépresseur ou psychotrope.

42. Par avis du 7 janvier 2020, le SMR a proposé de retenir les conclusions de cette expertise sur le plan psychiatrique et confirmé les conclusions de son rapport final du 14 décembre 2017 sur le plan somatique.

43. Par projet de décision du 10 janvier 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Au terme de l'instruction comprenant les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 novembre 2017 et du rapport d'expertise mono disciplinaire du 28 novembre 2019, il reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le 24 octobre 2002 (début du délai d'un an) et considérait que dès le 1er août 2003, sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée à son état de santé.

    Au vu de l'absence de revenu depuis plusieurs années et de données salariales concrètes en l'espèce, le revenu de valide et d'invalide devaient en principe être déterminé sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2020 ; tableau TA1, tous secteurs confondu [total], homme, activités simple et répétitives, niveau 1) mais, dès lors que les revenus étaient basés sur la même tabelle, il était superflu de les chiffrer, puisque le degré d'invalidité se confondait avec le taux d'incapacité de travail. En raison des limitations fonctionnelles, de l'âge de l'assuré et du fait que seule une activité légère était possible, il retenait un taux d'abattement de 25%, de sorte que le taux d'invalidité était de 25%, soit inférieur aux 40% ouvrant le droit à une rente.

44. Le 11 février 2020, l'assuré s'est opposé à ce projet par l'intermédiaire de son conseil. L'expert avait mal interprété ses propos. La journée type décrite par le Dr N_____ n'était absolument pas sa réalité, ce qui était confirmé par sa fille chez qui il vivait depuis trois ans suite à sa séparation d'avec son épouse. En outre, il n'avait rencontré l'expert que quelques minutes, l'essentiel de ses dires ayant été recueillis par Madame P_____. Le Dr N_____ s'était laissé impressionné par le dossier médical existant et était parti de l'a priori qu'il souhaitait une rente d'invalidité pour des motifs égoïstes et infondés. Enfin, l'OAI ne prenait pas suffisamment en compte son âge, soit 64 ans, ni les facteurs personnels qui étaient importants. Il n'était plus capable de travailler et devait percevoir une rente AI à 100%.

    Il produisait une lettre du même jour de sa fille, laquelle confirmait qu'il vivait chez elle depuis trois ans et expliquait qu'elle avait dû l'héberger suite à la séparation d'avec sa mère car il ne pouvait plus vivre seul. Elle ne le reconnaissait pas tel que décrit dans le rapport d'expertise. L'état de santé s'était beaucoup dégradé depuis trois / quatre ans, il avait désormais « une tête toujours triste et un teint jauni, [avait] perdu plus de 20 kg et [était] atteint de cellules cancéreuses dans l'intestin pour lesquelles il avait été opéré il y a quelques années, mais il [refusait] de faire les contrôles. » Il transpirait et tremblait continuellement et était agité. L'assuré

n'avait aucune relation sociale, pas un seul ami pour sortir ou aller boire un café, et ne sortait jamais ; il s'enfermait dans sa chambre s'il avait une visite, parce qu'il avait honte, et refusait de sortir avec elle lorsqu'elle allait voir des amis ; il oubliait de prendre sa douche ; il mettait parfois la table et la débarrassait avec sa petite-fille de 17 ans, c'était la seule tâche ménagère qu'il faisait, et refusait de faire les courses avec elle ; il sortait parfois avec son petit-fils devant la maison, mais sous le contrôle de sa fille, car il ne le surveillait pas ; il ne partait pas en vacances, mais sa fille l'envoyait parfois chez son frère au Portugal pour se décharger, car la cohabitation était très pesante.

45. Interpellé par l'OAI à propos de l'opposition de l'assuré, le Dr N_____ a indiqué par courrier du 21 avril 2020, avoir personnellement examiné l'assuré durant environ deux heures au total et questionné la journée type de façon indépendante par rapport à la psychologue, de sorte qu'il était surpris de la journée type décrite par la fille de l'assuré. Il y avait un net décalage entre la journée type décrite par cette dernière et le fait que l'assuré bénéficiait seulement d'un suivi mensuel et non pas hebdomadaire, sans traitement psychotrope qui avait pu, selon l'anamnèse, être interrompu sans problème. L'assuré avait clairement exprimé des bénéfices assécurologiques, ce qui démontrait son authenticité.

46. Par courrier du 22 mai 2020, l'assuré, toujours sous la plume de son avocat, a encore fait valoir que l'expert se basait essentiellement sur la journée type ; or, celle-ci devait être approfondie, le cas échéant, à l'aide d'une hétéro-anamnèse. Dans tous les cas, son mode d'existence ne correspondait pas à une vie « normale » et on ne pouvait pas en déduire une quelconque capacité de travail. L'expert avait d'ailleurs constaté qu'il se déplaçait en béquilles et que sa jambe tremblait, ce qui attestait qu'il manifestait un âge supérieur au sien. L'attente dans la salle d'attente, qui avait duré plusieurs dizaines de minutes, avait aussi aggravé son angoisse. Le fait de vivre entièrement à la charge de sa famille, sans travail, dépourvu d'activités sociales et repliés sur lui-même, l'amenait peut-être à ne pas vivre la même temporalité que tout un chacun ; en parlant de son emploi du temps à l'entretien, il avait décrit ce qui correspondait à sa vérité mais non celle observée par son entourage proche. Sa fille, connaissant sa maladie et constatant quotidiennement son mal être, le stimulait, dans la mesure du possible, et tentait de le valoriser suite aux maigres efforts qu'il accomplissait, comme par exemple dans le ménage ou parfois aux courses. À défaut, et lorsqu'il réalisait qu'il représentait une lourde charge pour sa famille, il s'ensuivait des effondrements de l'humeur avec des comportements suicidaires. L'état psychique de l'assuré avait fini par ruiner son mariage et conduit son épouse à demander la séparation trois ans auparavant. Il était ainsi important de prendre en compte les observations de son entourage et un complément d'expertise, comprenant un bilan neuropsychologique détaillé, une hétéro anamnèse et un bilan de compétence, était nécessaire. En outre, il existait une divergence importante entre les experts AI et ses nombreux psychiatres traitants. Or, ses médecins traitants, les Drs F_____ et H_____, étaient des

chefs de clinique de service spécialisé des troubles de l'humeur des HUG et l'OAI semblait ne leur accorder aucune crédibilité. Il avait pourtant eu un suivi psychiatrique durant des années, avec de nombreux rendez-vous, et trois hospitalisations dans un contexte de dépression sévère et de tentamens, de sorte qu'il avait fait sa part dans l'implication aux soins. Il n'était pas surprenant qu'il finisse par abandonner faute de résultat. Il ne voyait pas quels bénéfices assécurologiques la maladie dont il souffrait lui apportait puisqu'il n'avait plus aucun revenu depuis dix-huit ans. Les propos de l'expert laissaient entendre que l'assuré jouait « la comédie » depuis si longtemps dans le seul but d'obtenir une rente, tout en relevant qu'il était authentique, ce qui était curieux. Les précédents experts avaient d'ailleurs eux-aussi relevé son authenticité lorsqu'il obtenait de « mauvais résultats à des échelles cognitives ». Certes, il avait conservé un poids stable mais cela ne signifiait pas qu'il n'avait pas de problème d'appétit puisqu'une alimentation malsaine pouvait l'amener à maintenir son poids ; à cet égard, il manquait des précisions dans l'expertise. Enfin, les troubles du sommeil mentionné par l'expert constituaient clairement un symptôme de dépression.

47. Par avis du 4 juin 2020, le SMR a estimé que les conclusions de l'expert étaient convaincantes. Il n'y avait pas lieu de s'étonner des différences d'appréciation des experts psychiatriques qui avaient vu l'assuré au cours du temps et avaient basé leurs conclusions sur des faits objectifs et cohérents, à l'opposé des médecins traitants qui se basaient sur le postulat de sincérité de leur patient et étaient ainsi plus enclins à écouter et prendre en compte leurs plaintes subjectives.

48. Par décision du 4 juin 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 janvier 2020 se fondant sur l'avis du SMR.

49. Le 29 juin 2019, sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision querellée et, cela fait, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente et au renvoi de la cause à l'OAI afin que celui-ci fixe son droit à la rente. En substance, le recourant a repris les griefs invoqués dans son courrier du 22 mai 2020.

    Il contestait la valeur probante de cette expertise se fondant sur les rapports des Drs F_____ et H_____ et mettait en doute que l'expertise ait été réalisée en toute indépendance puisque, selon lui, elle comportait des incohérences et les experts mandatés par l'intimé étaient « grassement » payés par celui-ci. Le fait que l'expertise du Dr N_____ ne comprenne pas d'examen neuropsychologique approfondi était, selon lui, consternant vu ses antécédents. Il relevait que l'expert avait considéré qu'il était « authentique » dans le cadre de l'examen mais que son mauvais score aux tests cognitifs était expliqué par une exagération des plaintes cognitives. Le fait qu'il ait décrit à l'expert la présence d'idées noires passives, sans projet de passage à l'acte dans des contextes d'impulsivité fluctuante, était un signe de souffrances importantes, que le Dr N_____ aurait dû prendre en compte,

l'impulsivité pouvant avoir un impact sur un risque suicidaire. Pour le surplus, il reprenait les griefs invoqués dans son courrier du 22 mai 2020.

50. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 28 juillet 2020 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'intimé a considéré que l'expertise du Dr N_____ et son complément avaient été réalisés en toute neutralité et ne comportaient aucun jugement de valeur. L'expertise répondait aux réquisits jurisprudentiels, de sorte qu'elle avait pleine valeur probante, et les éléments apportés par le recourant ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

51. Le recourant a persisté dans ses conclusions par réplique du 26 août 2020.

52. L'intimé en a fait de même le 21 septembre 2020.

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

3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

   Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 4 juin 2020, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. L'objet du litige, déterminé par la décision du 4 juin 2020 querellée, porte sur le point de savoir si la situation médicale du recourant s'est détériorée entre 2012 et

2020 et si, cas échéant, cette péjoration justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

6. a. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]).

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

b. 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

c. La dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 125 V 369 consid. 2).

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

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

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

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

   La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel 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).

b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

c. L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

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

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

   Ces indicateurs sont classés comme suit :

   I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

   A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

   L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale

(ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

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

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

3. Comorbidités

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

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques

entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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

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

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

C. Axe « contexte social »

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

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

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

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

10. a. 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

c. 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).

d. 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).

e. 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).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 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).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs

psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

12. a. 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).

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

    Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont

souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une

image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

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

14. 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).

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

SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

16. a. En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre la décision du 29 février 2012 et la décision litigieuse du 4 juin 2020, en comparant la situation prévalant en 2012 et celle en 2020.

b. Comme déjà établi dans l'arrêt ATAS/496/2019, l'intimé a, en 2012, rejeté la deuxième demande de prestations du recourant en se fondant sur le rapport d'expertise du 9 mai 2011 du Dr E_____, dans lequel ce spécialiste a uniquement retenu des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir un processus d'invalidation très avancé, une dysthymie et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les critères en matière de trouble dépressif étaient insuffisants pour poser ce diagnostic. Quant aux critères en matière de syndrome douloureux somatoforme persistant, ils n'étaient pas suffisants pour retenir un aspect invalidant, faute notamment de comorbidité psychiatrique importante. La capacité de travail était donc entière sur le plan psychique.

c. Dans le cadre de la nouvelle demande déposée par le recourant, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, rhumatologique, neurologique et psychiatrique auprès du CEMEDEX. Par rapport du 20 novembre 2017, les experts ont diagnostiqué une discopathie lombaire basse, spondylolisthésis L5-S1 de stade 1 avec discopathie L5-S1 (avec incidence sur la capacité de travail) et un processus d'invalidation très avancé, une dysthymie et un syndrome douloureux persistant (sans répercussion sur la capacité de travail). Ils ont conclu que depuis la dernière expertise, il n'y avait pas eu de modification de l'état de santé de l'expertisé. Si l'activité habituelle de poseur de marbre n'était plus exigible, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées était possible à 100%. Sur cette base, l'intimé a rejeté la demande du recourant.

La chambre de céans a annulé ce rejet – faute de valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise précitée – et renvoyé la cause à l'intimé, à charge pour lui de mettre en œuvre une expertise psychiatrique devant se prononcer sur le caractère invalidant des troubles psychiques conformément à la grille d'évaluation élaborée par le Tribunal fédéral dans sa nouvelle jurisprudence de 2015 (cf. arrêt ATAS/496/2019).

L'intimé a donc mis en œuvre une nouvelle expertise, exclusivement psychiatrique, qui a été réalisée par le Dr N_____, dont il convient d'examiner la valeur probante.

17. En l'occurrence, la chambre de céans constate que, sur la forme, l'expertise du Dr N_____ repose sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assuré, des observations cliniques ainsi qu'une discussion détaillée.

Il ressort de l'expertise que la journée type du recourant, telle qu'il la décrit, se déroule de la manière suivante : il « se réveille vers 7h30, prend une douche, avant

de se poser sur le canapé pour regarder la télévision », passe son temps à regarder la télévision (documentaires animaliers, etc.), à rester près de son petit-fils dont il s'occupe parfois et puis il sort marcher ». Sur le plan social, le recourant indique entretenir des rapports positifs avec sa fille et ses petits-enfants, qu'il voit quotidiennement, et téléphoner occasionnellement à son fils avec qui il entretient également de bons rapports. Il indique avoir peu d'amis avec un isolement social partiel mais pas total. Il ressort encore de l'expertise que le recourant décrit bénéficier d'une prise en charge psychiatrique ponctuelle une fois tous les quatre mois auprès du Dr O_____, sans suivi psychologique ni traitement psychotrope, avoir décidé d'interrompre son traitement de Mirtazapine et de Temesta depuis 2018 et être limité par ses douleurs, par son âge et par l'impossibilité de trouver un emploi adapté après une longue période de pause professionnelle, affirmant être préretraité depuis janvier 2019.

L'expert a tenu compte des plaintes du recourant (douleurs intenses et persistantes, réelle détresse en lien avec ses douleurs, fatigue et, accessoirement, tristesse), suivi la grille d'analyse prescrite par la jurisprudence en matière de troubles psychiques et ses conclusions sont motivées. Il a dûment apprécié les diagnostics, la cohérence des limitations décrites par le recourant, l'adéquation du traitement suivi, ainsi que ses ressources personnelles et son contexte social. L'expertise satisfait ainsi en principe aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

Selon l'expert, le recourant ne souffre d'aucun trouble psychique incapacitant mais présente, sans répercussion sur sa capacité de travail, des troubles dépressifs récurrents légers (F 33.0) depuis 2015, entrecoupé par des rémissions partielles suivies de rechutes, dans un contexte de traits de la personnalité mixte émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse (Z 73.1), actuellement non décompensé et un probable trouble douloureux somatoforme persistant. L'expert a justifié son diagnostic, tout en expliquant pourquoi il s'écartait de l'avis des psychiatres traitants.

Il a retenu des limitations fonctionnelles psychiatriques subjectives et sans impact sur le quotidien du recourant, lequel « gère son quotidien sans difficultés sauf en ce qui concerne les activités lourdes physiquement, fait le ménage léger, fait des promenades, regarde la télévision, s'occupe de ses petits-enfants, part en vacances, se promène, etc ».

S'agissant du traitement, l'expert a relevé que le recourant n'a plus de traitement psychotrope depuis 2018 et ne bénéficie plus que d'un suivi tous les quatre mois. Il souligne que l'évolution des troubles dépressifs récurrents légers est globalement stationnaire depuis 2015, malgré un traitement inadéquat, en l'absence d'un traitement antidépresseur et sans un suivi psychiatrique régulier. Selon l'expert, le fait que le recourant considère son traitement psychotrope et psychiatrique inutile, démontre que le degré de gravité nécessaire n'est pas atteint. L'expert s'est même posé la question d'une potentielle amélioration symptomatique, vu l'absence de traitement et un suivi plus que tous les quatre mois.

S'agissant des comorbidités, l'expert a estimé que les troubles concomitants présents chez le recourant entrainent des limitations fonctionnelles psychiatriques non significatives et non objectivables, puisqu'il arrive à gérer son quotidien sans difficultés dans les activités légères physiquement.

S'agissant du contexte social, l'expert a notamment relevé que le recourant gère son quotidien et garde des bonnes relations avec quelques connaissances qu'il fréquente ponctuellement et ses enfants et petits-enfants. Il n'a donc pas retenu d'isolement social total, mais uniquement partiel.

L'expert n'a relevé globalement aucune incohérence, estimant que le recourant a été authentique durant l'examen clinique et n'a pas exagéré la journée type ou les activités possibles. Il a considéré que les mauvais résultats au test cognitif étaient toutefois dus à une nette exagération des plaintes cognitives du recourant. L'expert a néanmoins estimé que les plaintes et les limitations fonctionnelles non significatives observées sont cohérentes, plausibles et en concordance avec l'examen clinique et les tests psychométriques. Selon l'expert, le recourant a clairement exprimé des bénéfices assécurologiques – ce qui démontre son authenticité –, en faisant valoir une impossibilité de retrouver un emploi à son âge, après une longue pause professionnelle, tenant compte de son status algique. Il a également expliqué que contrairement au psychiatre traitant, le recourant n'a pas confirmé d'aggravation, indiquant au contraire qu'aucun changement n'est intervenu depuis 2009. Il a retenu des discordances entre les diagnostics de troubles dépressifs récurrents sévères retenus la plupart du temps par les psychiatres traitants et la description de la journée type du recourant et a estimé que l'absence d'une nouvelle hospitalisation en psychiatrie depuis plusieurs années, avec arrêt du traitement antidépresseur depuis une année, une compliance variable auparavant et un suivi actuellement une fois tous les quatre mois sont tous des éléments plaidant clairement contre un trouble dépressif sévère et contre des limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique.

S'agissant des ressources, l'expert a retenu des limitations fonctionnelles non objectivables et non significatives au moment de l'expertise, n'ayant pas évolué significativement au cours des dernières années et qui sont en lien avec des troubles récurrents légers, sans indices jurisprudentiels de gravité remplis dans le contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse. Sur la base de la journée type du recourant, l'expert a estimé que la gravité de troubles est faible.

L'expert a conclu, sur le plan strictement psychiatrique, a une capacité de travail de 100% dans l'activité usuelle, sans baisse de rendement, depuis 2015, tout en relevant qu'en l'absence de traitement, la capacité de travail pourrait à l'avenir évoluer négativement.

18. a. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme celle du Dr N_____, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement

vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

b. En l'espèce, la chambre de céans relève que le recourant ne produit aucun document médical postérieur à l'expertise qui viendrait remettre en cause celle-ci.

Il se contente de se rapporter aux opinions des Drs F_____ et H_____, précisant que ce sont des spécialistes reconnus.

Dans ses rapports des 8 avril et 22 septembre 2015, le Dr F_____ retenait un épisode dépressif d'intensité moyenne avec une composante anxieuse, mentionnant une péjoration en 2013 et une légère amélioration en 2014. Quant au Dr H_____, il mentionnait les diagnostics de trouble dépressif récurent depuis 2007, de trouble panique depuis 2008 et de trouble somatoforme, tout en relevant une légère amélioration (cf. rapports de mars et mai 2017). Il n'y a ainsi pas une grande discordance entre les avis des psychiatres traitants et celui de l'expert, hormis s'agissant de l'intensité des troubles retenus et le fait qu'ils soient, oui ou non, incapacitants.

En tout état de cause, les psychiatres traitants n'ont pas fait état d'éléments objectifs qui pourraient avoir été ignorés par l'expert, lequel a d'ailleurs valablement expliqué pourquoi il s'écartait de l'appréciation de ceux-ci. Dès lors, le point de vue des médecins du recourant ne saurait prévaloir sur celui de l'expert.

c. L'argumentation du recourant ne permet pas non plus de mettre en doute les conclusions de l'expert. La description de sa journée type par sa fille (cf. lettre du 11 février 2020) doit être considérée comme une simple déclaration qui ne saurait remettre en cause l'expertise, d'autant plus que le recourant n'a produit aucun autre témoignage, et surtout aucun nouveau rapport médical, permettant de confirmer lesdites déclarations. Le fait que l'expert s'est fondé en particulier sur la journée type du recourant ne diminue en rien la valeur probante de ses conclusions, puisque celle-ci sont confirmées par d'autres éléments, notamment l'absence de traitement. Le recourant ne saurait faire valoir que les divergences constatées par l'expert, entre l'examen clinique et les résultats du test cognitif, suffisent à mettre en doute l'expertise, puisque l'expert a, à cet égard, donné des explications convaincantes. S'agissant de l'indépendance de l'expert, il n'a apporté aucun élément concret permettant de la mettre en doute, de sorte que ce grief n'est pas non plus relevant. Quant aux hospitalisations qu'il allègue, elles ne sont que peu pertinentes, puisqu'intervenues il y a plusieurs années et, surtout, avant la période litigieuse. Les autres considérations du recourant, relatives à l'appréciation de l'expert, ne sont pas non plus convaincantes, puisque non documentées, aucun rapport médical en ce sens postérieur à l'expertise n'ayant été produit. Enfin, le recourant ne suit plus

aucun traitement et ne se rend plus que ponctuellement une fois tous les quatre mois chez son psychiatre, ce qui, quoi qu'il en dise, plaide clairement en défaveur d'un niveau de gravité suffisant entrainant une éventuelle invalidité.

d. Dans ces circonstances, la chambre de céans ne peut que confirmer la valeur probante de l'expertise et dire que c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié aux conclusions du Dr N_____, dont il résulte une pleine capacité de travail d'un point de vue psychiatrique.

Force est donc de constater que, tant d'un point de somatique (cf. ATAS/496/2019) que psychiatrique, l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé pour justifier une révision au sens de l'art. 17 LPGA, entre la décision du 29 février 2012 et la décision querellée du 4 juin 2020.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

19. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge du recourant.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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	La présidente
Nathalie LOCHER	Doris GALEAZZI

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