

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2143/2019

ATAS/822/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 16 septembre 2019

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection Recourant
de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE Intimé
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1971 et d'origine portugaise, est célibataire, sans enfant et ne possède pas de formation. Depuis son entrée en Suisse, en septembre 1988, il a travaillé de façon intermittente, après avoir terminé la scolarité, en changeant souvent d'employeur. En dernier lieu, il a travaillé en juin 2002 en tant que laveur et préparateur de voitures pour une société de location d'automobiles.
2. En septembre 2004, l'intéressé a déposé sa première demande de prestations de l'assurance-invalidité.
3. Selon le rapport du 6 juin 2005 de la doctoresse B_____ des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité paranoïaque et son affection n'était pas liée à des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale. Il y avait des divergences d'opinion entre les propositions thérapeutiques formulées par ses médecins et l'assuré sur les traitements proposés, qui n'étaient pas liées à un trouble de la conscience ou à un manque de formation. Si les circonstances se modifiaient, le trouble ne disparaîtrait pas. Il n'était pas non plus lié à des événements de vie adverses. Enfin, la capacité de travail était nulle depuis janvier 2003 et l'état était stationnaire. Dans l'anamnèse, il est noté que l'assuré n'avait pas terminé sa scolarité en raison d'un absentéisme et de troubles du comportement. Il avait débuté un apprentissage de dessinateur de bâtiment sans le terminer, puis travaillé en tant que livreur, transporteur, nettoyeur, projectionniste, emplois auxquels il mettait chaque fois un terme après quelques mois en raison des difficultés relationnelles, se trouvant maltraité par rapport aux autres, ne tolérant pas les contraintes d'horaires et s'estimant sous-payé. Il était actuellement soutenu par l'Hospice général. Enfin, il présentait une dépendance au cannabis, ce qui accentuait certainement ses difficultés relationnelles. Dans les plaintes subjectives, il est noté que l'assuré se plaignait d'une inversion de son rythme nyctéméral. Dans les constatations objectives, ce médecin a noté qu'il présentait une méfiance paranoïde avec une tendance à la rancune, à interpréter les actes ou paroles d'autrui comme hostiles ou irrespectueux et un caractère soupçonneux. Cependant, il était anosognosique, manquait d'introspection et de capacités d'élaboration. Il bénéficiait d'entretiens médicaux réguliers, mais refusait tout traitement médicamenteux. Le pronostic à court et moyen terme était réservé en raison de la consommation persistante de cannabis. La problématique de personnalité en elle-même rendait le pronostic réservé à long terme.
4. Par décision du 2 décembre 2005, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a refusé à l'assuré le droit aux prestations, décision à laquelle l'assuré a formé opposition.

5. Selon le rapport du 16 février 2006 du docteur C_____, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Les diagnostics étaient un trouble dépressif moyen récurrent depuis le début du suivi par ce médecin, à savoir le 31 mai 2005. L'incapacité de travail était de 100 %. Il y avait une aggravation des insomnies, du repli sur soi et du sentiment de persécution. Le pronostic était réservé. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. L'assuré suivait une psychothérapie à raison d'une consultation tous les quinze jours et prenait des antidépresseurs. On pouvait cependant s'attendre à une reprise du travail ultérieurement à 50 %, après une réadaptation.
6. Sur la base du dossier médical et d'un entretien psychiatrique de 1,25 heures en septembre 2006, le docteur D_____ a expertisé l'assuré. Selon son rapport du 27 septembre 2006, l'assuré a fait état d'insomnies, de fatigue de jour comme de nuit et de maux de tête. Cette problématique était présente depuis sept ou huit ans et était apparue après qu'un de ses amis était décédé chez lui suite à une overdose. Il avait ressenti une tristesse après cette mort et un mal-être, ainsi que des hallucinations de la présence de son copain. Cependant, il disait avoir toujours souffert de maux de tête dans sa vie avec une intensité forte (8/10 sur l'échelle d'évaluation de la douleur) et que la prise d'un antalgique les diminuait. A l'âge de trois ans il avait été délaissé par sa mère au Mozambique où la famille séjournait, et avait vécu deux ans chez un oncle, chez lequel il avait dû faire des travaux agricoles. Après avoir été repris par sa mère à cinq ans, il avait toujours peur d'être abandonné. Il s'était constamment senti critiqué par les autres, ce qui le faisait beaucoup souffrir. Le diagnostic de l'expert était un trouble de la personnalité de type paranoïaque, sans épisode dépressif. L'assuré ne présentait pas de diminution de la concentration ou de l'attention ni de diminution de l'estime ou de la confiance en soi, ni des idées de culpabilité ou de dévalorisation. Les idées de suicide étaient absentes. La perturbation du sommeil et le manque d'appétit devaient plutôt être vus dans un manque de structure de sa journée. Il n'y avait pas non plus une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables, le recourant ayant une copine. Il ne manquait pas non plus de réactivité émotionnelle à des événements ou à des circonstances habituellement agréables. Au vu de cet examen clinique, l'expert a considéré qu'il était capable de travailler à 100 %.
7. Sur la base de cette expertise, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré, par décision du 27 novembre 2006.
8. En novembre 2009, l'assuré a formé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de sa demande, il a annexé le certificat non daté du Dr C_____, attestant une incapacité de travail totale du 1^{er} au 15 octobre 2006, de 50 % du 16 octobre au 7 décembre 2006, de 50 % du 1^{er} janvier au 30 juin 2007 et dès cette date de 100 % jusqu'à fin 2009, sans interruption.

9. Le 11 mars 2010, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis juin 2007 et qu'il présentait une incapacité de travail à 100 % depuis juillet 2007 pour une durée indéterminée.
10. Dans son rapport du 10 septembre 2010, le Dr C_____ a attesté un état de stress post-traumatique avec une modification durable de la personnalité. Dans l'anamnèse, il a noté qu'il semblait que l'assuré fût le fruit d'une relation incestueuse entre sa mère et l'oncle, chez lequel il avait été placé. Sa mère était une femme instable psychologiquement et en permanence sous traitement psychotrope et son père ne s'était pas occupé de son fils. L'assuré avait vécu, durant les premières années, dans un contexte violent et d'insécurité, du fait de la guerre anticoloniale, puis de la guerre civile. Il avait cinq ans, lorsque la famille avait dû quitter définitivement le Mozambique pour le Portugal, où il avait vécu avec sa mère. Il se sentait en permanence mal aimé, de trop et ressentait une grande peur d'abandon. Il semblait aussi qu'il avait été victime de mauvais traitements de la part de la mère. Lorsqu'il avait quinze ans, sa mère avait émigré en Suisse, ses parents s'étant séparés auparavant. L'assuré ne parvenait pas à s'intégrer, à se faire une vie sociale en Suisse, étant un enfant renfermé. Après la mort de son ami par une overdose, il avait perdu le sommeil deux mois après cet événement, ayant été très choqué. Il utilisait alors le cannabis à des fins thérapeutiques pour essayer de se détendre. Il vivait de petits boulots de fin de journée et de nuit. Dès 2002-2003, il ne parvenait plus à travailler du fait d'une fatigue permanente et d'un manque d'énergie, raison pour laquelle il recourait de manière permanente à l'aide de l'Hospice général. Celui-ci ayant exigé un suivi médical, l'assuré était en traitement aux HUG où on lui avait prescrit des calmants et des antidépresseurs. A la suite de la prise de l'antidépresseur, il avait ressenti des pulsions suicidaires (se jeter par la fenêtre) qui le terrorisaient et lui faisaient refuser tout traitement psychotrope. C'est alors qu'il avait consulté le Dr C_____. Depuis 2005, il suivait un traitement de psychiatrie et de psychothérapie intégré à raison d'une séance toutes les deux semaines. En 2007, suite au refus de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, une tentative avait été entreprise pour remettre l'assuré dans le circuit professionnel en le réinscrivant au chômage, mais après environ six mois, il avait été incapable de faire des recherches d'emploi et dans l'incapacité de tenir des rendez-vous avec le placeur de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), raison pour laquelle il avait été remis en arrêt de travail à 100 % dès juillet 2007. Il se plaignait essentiellement de troubles du sommeil avec inversion du rythme nyctéméral. Les images de la nuit où son ami était mort lui revenaient souvent et il se sentait coupable de ne s'être aperçu de rien. Il ressentait une anxiété surtout la nuit et fumait par ailleurs du haschisch pour la calmer. Les cauchemars étaient fréquents. A l'examen clinique, l'assuré était amaigri, ralenti et peu communicatif. Il s'investissait peu dans sa relation affective et s'intéressait au bouddhisme. Le

retrait social était important, il ne prenait plaisir à aucune activité et ne faisait aucun projet. Il avait aussi le sentiment que tout le monde lui en voulait, se braquait dès que l'assistante sociale de l'Hospice général lui posait des questions personnelles et avait une attitude méfiante et hostile vers l'extérieur. Le pronostic était défavorable, dès lors qu'entre l'époque du traumatisme en 1994 et le début du traitement psychiatrique aux HUG en 2003, les symptômes s'étaient chronicisés et cristallisés. La tentative de le remettre en emploi en 2007 avait échoué.

11. Dans un avis médical du 4 janvier 2011, le docteur E_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR) a relevé qu'après la mort de son ami, l'assuré s'était senti triste pendant une semaine et disait avoir eu à trois reprises des hallucinations de son ami mort, au réveil, sans préciser quand cela était arrivé. Les critères de définition du stress post-traumatique n'étaient pas présents (menace pour la vie ou l'intégrité physique du sujet, déclenchement à distance du choc émotionnel initial, impression de revivre de façon obsédante l'élément traumatisant, évitement de tout ce qui peut rappeler l'incident avec repli sur soi). Ce diagnostic n'avait pas non plus été retenu dans l'expertise de 2006. Partant, le Dr C_____ n'apportait aucun élément médical nouveau concernant l'assuré, si bien que les conclusions de l'expertise de 2006 étaient toujours valables.
12. Par décision du 31 mai 2011, l'OAI a refusé à l'assuré le droit aux prestations, en considérant que son état de santé ne s'était pas aggravé, sur la base de l'avis du SMR précité.
13. Dans son rapport relatif à un examen de l'assuré en date du 28 mai 2013, le docteur F_____, psychiatre-psychothérapeute FMH à l'Hospice général, a attesté une incapacité de travail totale. L'assuré était isolé, renfermé et méfiant et décrivait des problèmes relationnels avec ses différents employeurs. Il paraissait très rigide psychiquement et plutôt désespéré. Il souffrait d'une maladie psychiatrique difficile à traiter et son refus de tout médicament était à mettre sur le compte du trouble mental.
14. En juillet 2014, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans les données sur l'atteinte à la santé, il a indiqué « augmentation des crises ».
15. Le 30 juillet 2014, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis début 2013, les problèmes de sommeil allant en aggravant avec des terreurs nocturnes, des cauchemars et une perturbation du rythme nyctéméral avec impossibilité totale d'une activité régulière. Les tendances paranoïdes s'accroissaient et l'assuré était totalement désocialisé.

16. Le 18 août 2014, le Dr F_____, psychiatre-conseil de l'Hospice général, a constaté les difficultés relationnelles de l'assuré, avec repli sur soi et méfiance. Il se plaignait également de pulsions suicidaires et de désespoir, ainsi que de l'inversion du rythme nyctéméral.
17. Dans son rapport du 3 décembre 2014, le Dr C_____ a émis les diagnostics de trouble dépressif, de personnalité paranoïaque et de probable trouble panique. L'assuré vivait très retiré, n'ayant aucun ami. Il se sentait persécuté et était très irritable, s'énervant quand il ne se sentait pas compris. Les terreurs nocturnes et les cauchemars perturbaient notablement son sommeil. Il évoquait également des pensées suicidaires occasionnelles. Il n'avait plus aucun rapport avec sa famille. Il était pessimiste sur son avenir et n'avait plus confiance en lui. Par ailleurs, il avait l'impression de n'avoir plus jamais été le même depuis qu'il avait pris des médicaments antidépresseurs prescrits en 2004 par le psychiatre des HUG et qui l'avaient amené à des pulsions suicidaires. Sur le plan somatique, il se plaignait de crises plusieurs fois par jour, alors qu'elles avaient été peu fréquentes il y a quatre ans. Ces crises étaient soudaines et se caractérisaient par une perte de force totale.
18. Le 10 juin 2015, le docteur G_____, spécialiste en maladie et chirurgie des yeux, a informé le docteur H_____ avoir examiné l'assuré le 2 juin écoulé dans le cadre d'investigations pour des céphalées. L'examen neuro-ophtalmologique s'était avéré normal, si ce n'est qu'une presbytie, pour laquelle il a proposé d'utiliser des lunettes de correction.
19. Le 11 juin 2015, une IRM cervicale a été réalisée, en raison d'une cervicalgie gauche C5-C6. L'examen était limité en nombre de séquences à cause de l'inconfort du patient, de sorte qu'il avait été arrêté à sa demande. Il avait montré une cervicarthrose avec pincement discal, dessiccations discales C4-C5 et C5-C6, fissure de l'anneau discal fibreux étagée de C4-C5 à C6-C7, une protrusion discale foraminale droite C4-C5 venant au contact de la racine C5 droite et débord discal circonférentiel C5-C6 avec rétrécissement foraminal bilatéral prédominant du côté gauche sur discuncarthrose. Le radiologue restait à disposition pour réaliser un bloc de la douleur avec infiltration du segment C5-C6 gauche.
20. Dans son rapport du 13 octobre 2015, le Dr H_____ a attesté une scapulalgie depuis un accident en 2001. L'incapacité de travail était totale en raison de douleurs incapacitantes, de l'insomnie, des céphalées et d'une asthénie.
21. Sur la base de deux entretiens avec l'assuré en mars et octobre 2016 d'une durée de cent minutes au total, d'un entretien téléphonique avec la compagne de l'assuré et le Dr C_____, le Professeur I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et Madame J_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont rendu le 7 octobre 2016 un rapport d'expertise concernant l'assuré. L'expertise retient le

diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque depuis le début de l'âge adulte. Le diagnostic de dysthymie n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, mais avait, dans le passé, franchi le seuil du trouble dépressif récurrent. Néanmoins, il s'agissait d'un diagnostic subordonné à la pathologie du caractère et était un produit de l'impossibilité d'adaptation de l'assuré. La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était nulle, mais pourrait être de 50 % avec un suivi psychiatrique régulier (et dans l'idéal une prescription pharmacologique) dans une activité adaptée. Le 23 novembre 2016, le Prof. I_____ a complété le rapport d'expertise, en précisant que le traitement pharmacologique proposé était exigible, dès lors qu'il pourrait contribuer à un amendement notable de la méfiance ressentie et de se fait à une amélioration du potentiel d'intégration au travail. L'incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici devait être considérée effective dès 2005. Aucune évolution notable n'avait eu lieu. Quant à la capacité de travail de 50 %, elle était présente immédiatement, nonobstant l'introduction d'un traitement neuroleptique. Sur ce plan, les conclusions de l'expertise effectuée en 2006 devaient être retenues dans le sens que l'adaptation du milieu pourrait permettre à l'expertisé une adaptation professionnelle à minima. Un traitement pharmacologique tel que proposé pourrait permettre d'augmenter les chances de réussite d'une réadaptation professionnelle et, dans l'idéal, arriver à une capacité de travail de 100 % en milieu adapté.

22. Le 5 décembre 2016, le Dr C_____ a fait part au docteur K_____ du SMR que son patient estimait que la raison principale de son incapacité de travail était d'ordre physique et non pas psychiatrique. Il se plaignait en effet de douleurs dorso-lombaires importantes. Dans le contexte d'anosognosie du trouble psychiatrique, il lui était très difficile d'envisager de prendre un traitement psychotrope, d'autant plus qu'il avait ressenti des pulsions suicidaires la seule fois qu'il avait pris un antidépresseur, ce qui l'avait beaucoup effrayé, ayant pensé que les médecins voulaient le pousser au suicide.
23. Dans son avis médical du 9 février 2017, le Dr K_____ du SMR a considéré que l'état de santé de l'assuré était resté inchangé par rapport à celui qu'il avait présenté lors de ses précédentes demandes qui avaient été rejetées.
24. Le 28 février 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser le droit aux prestations, au motif que son état de santé ne s'était pas aggravé.
25. Par courrier du 8 mars 2017, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, contestant présenter une capacité de travail résiduelle, sur la base de l'expertise du Prof. I_____. Il s'est prévalu aussi de l'IRM de juin 2015, attestant de problèmes cervicaux, et s'est demandé pourquoi l'OAI n'avait pas fait appel à son médecin-conseil pour une expertise.

26. Dans son avis médical du 5 février 2018, le docteur L_____ du SMR a constaté que le rapport du Dr H_____ était très concis et ne répondait pas aux questions posées. Il contenait aussi des incohérences. Cela étant, il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions du SMR précédentes.
27. Par décision du 9 février 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, décision contre laquelle celui-ci a interjeté recours.
28. Selon le rapport du 13 mars 2018 du Dr H_____, l'assuré souffrait notamment d'une discopathie cervicale C2-C6, ainsi que d'un état anxio-dépressif et de troubles du sommeil. Sa capacité de travail était de 50%, mais le potentiel de réadaptation était difficile, en raison de crises douloureuses avec aphasie et difficultés d'expression. Du 21 mai au 9 juillet 2015, il avait été en incapacité totale de travailler.
29. Le 13 juin 2018, le Dr H_____ a informé la chambre de céans qu'il suivait le recourant depuis le 12 mai 2015. Celui se plaignait d'une douleur en éclair au niveau cervical gauche, irradiant l'épaule, le coude et la main gauche après port de charges, et provoquant des insomnies et une incapacité à maintenir une activité professionnelle. En juin 2015, il s'était plaint de douleurs sous-scapulaires et cervicales depuis un traumatisme il y a quinze ans. Il souffrait aussi d'une épicondylalgie et de migraines constantes sans augmentation à la mobilisation des cervicales et incapacitantes. Suite à l'IRM cervicale, une proposition d'infiltration du segment C5-C6 gauche avait été faite, mais refusée par le recourant. Par la suite, celui-ci n'avait plus consulté le Dr H_____ jusqu'au 12 mars 2018. L'IRM cérébrale et l'angio-IRM cérébrale n'avaient pas décelé d'anomalie notable. Une IRM cervicale a démontré un canal cervical étroit, une protrusion et une hernie discale. L'IRM discale nécessitait un avis spécialisé neurochirurgical, ce que le recourant avait toujours refusé. Le recourant se plaignait aussi de douleurs et de paresthésies de la main gauche au bord cubital, sans déficit de préhension. Par ailleurs, il y avait un canal cervical étroit et une discopathie étagée avec rétrécissement foraminaux gauche. Les limitations fonctionnelles étaient une réduction de la force de 3/5 au niveau de la main en flexion, du coude et de la main en élévation, du coude et de l'épaule en flexion et de l'épaule en élévation. A cela s'ajoutaient des céphalées au moment des douleurs cervicales. L'ensemble de ces symptômes ne permettait pas une activité prolongée. Le traitement consistait en antalgiques, décontractants et physiothérapie. La capacité de travail était diminuée de 80 %, tant qu'une approche neuro-spécialisée sera refusée. Quant à l'évolution de l'état de santé, le Dr H_____ a relevé que l'accident avait eu lieu en 2001 et qu'il n'avait vu le recourant qu'en 2015 pendant six mois, puis en 2018. Les doléances étaient identiques, mais plus fréquentes. Il s'agissait d'une évolution d'un processus évolutif de canal cervical étroit et de discopathies. Quant aux

céphalées, elles étaient de nature mixte, mécanique et neurogène, majorées par un tableau anxigène. Traiter la cause mécanique permettrait de faire la part des doléances. Une expertise permettrait d'évaluer la capacité fonctionnelle. Il serait surtout nécessaire d'obtenir un avis neurochirurgical pour trouver une solution thérapeutique.

30. Par arrêt du 30 août 2018, la chambre de céans a pris acte de l'engagement de l'OAI d'annuler sa décision du 9 février 2018 et de procéder à une instruction complémentaire portant sur les atteintes du recourant sur le plan physique, a annulé la décision querellée en tant que besoin et renvoyé la cause à l'intimé pour compléter l'instruction et nouvelle décision.
31. Le 10 janvier 2019, l'assuré a été soumis à une expertise par la doctoresse M_____, neurochirurgienne FMH. Dans son rapport du 25 février 2019, l'experte a posé les diagnostics de cervicalgies et cervicobrachialgies chroniques bilatérales sur canal étroit constitutionnel avec des protrusions discales point maximum au niveau C5-C6, discarthrose protrusive C5-C6 et probable syndrome des articulations facettaires, C4-C5 et C5-C6. Il souffrait également de céphalées d'origine indéterminée, étant précisé que l'IRM cérébrale était normale, et de troubles du sommeil avec possible désynchronisation du rythme circadien associé à une fatigue. Quant aux troubles de l'équilibre dont se plaignait l'assuré, ils n'étaient pas objectivables lors du bilan neurologique et apparaissaient apparemment de manière irrégulière, associés à des troubles de la respiration et des vertiges. L'assuré sous-estimait ses capacités fonctionnelles et il n'y avait pas de limitations majeures pour une reprise de travail dans une activité adaptée sur le plan de la neurochirurgie. Les bilans radiologiques et l'état musculaire ne permettaient pas d'expliquer le degré des limitations rapportées par l'assuré, en l'absence de déficit neurologique sur la plan organique, d'une myélopathie et de critères classiques témoignant d'une douleur chronique comme allodynie. Toutefois, l'assuré était coopératif excepté pour l'établissement de l'anamnèse, pour laquelle il était resté très vague, s'agissant de l'intensité et la localisation de la douleur. Actuellement, il ne consultait plus le Dr H_____, mais uniquement le Dr C_____. Il se montrait peu intéressé par des propositions à changer son état actuel, expliquant qu'il avait trop de douleurs au niveau du cou et qu'il était trop fatigué. Un travail peu exigeant avec la possibilité de changer de position librement semblait adéquat et pourrait être exercé à 100 %. Toutefois, la capacité de travail était nulle dans une activité physique depuis le bilan de l'IRM cervicale du 10 juin 2015. Les limitations étaient le port de charges au-delà de 5-10 kg de manière ponctuelle et de 3-5 kg de manière répétée, les travaux avec les membres supérieurs au-dessus du plan horizontal, les mouvements de rotation avec le bras gauche, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et les positions statiques. Il y avait une diminution de rendement à

cause de la douleur, équivalent à une heure le matin et à une heure dans l'après-midi. Après une phase d'adaptation de deux à trois mois, le rendement pourrait augmenter à 100 %.

32. Dans un avis médical du 28 février 2019, le docteur N_____ du SMR a estimé que l'expertise était convaincante sur le plan neurochirurgical, mais ne pouvait être suivie en ce qui concerne une éventuelle diminution de rendement, l'experte ayant estimé que le rendement pouvait être plein après deux à trois mois d'adaptation. Cela confirmait que la baisse n'était pas liée aux douleurs, mais à un déconditionnement social, facteur qui n'était pas pris en compte par l'OAI. Quant aux migraines et troubles du sommeil, ils avaient été évalués comme non incapacitants précédemment et sans répercussion majeure au niveau des activités privées de l'assuré. Partant, il fallait considérer que la capacité de travail était nulle dans toutes les activités physiquement contraignantes pour le rachis, mais pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
33. Le 11 mars 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les prestations, dès lors qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité légère. Sa perte de gain dans une telle activité n'était que de 10 %. Pour la comparaison des revenus, l'OAI s'est fondé sur les mêmes salaires statistiques pour l'activité avec et sans invalidité, tout en admettant un abattement du salaire statistique à titre de revenu d'invalidité de 10 %.
34. Par courrier du 28 mars 2019, l'assuré a contesté ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Il a reproché à l'OAI d'avoir fait abstraction de l'atteinte psychique. Selon l'expertise du Prof. I_____, sa capacité de travail était tout au plus de 50 %, à condition qu'il pût bénéficier d'une réadaptation professionnelle, laquelle était jugée difficile à mettre en place en raison de la psychopathologie. Cela revenait à dire que l'incapacité de travail était en fait de 100%.
35. Par décision du 22 mai 2019, l'OAI a confirmé le refus d'une rente d'invalidité, en rappelant qu'il avait conclu précédemment que l'état de santé de l'assuré était resté inchangé depuis l'expertise du 27 septembre 2006.
36. Par acte du 4 juin 2019, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité depuis juillet 2014, sous suite de dépens. A titre subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour le calcul de la rente et, cas échéant, examen de l'exigibilité d'une réadaptation professionnelle. Il a reproché à l'intimé d'avoir écarté les éléments nouveaux montrant une aggravation de son état de santé psychique depuis la dernière décision déterminante. A cet égard, il a relevé que sa demande d'août 2004 avait fait l'objet d'une instruction approfondie, mais que cela n'était pas le cas

de sa seconde demande qui avait abouti à la décision du 31 mai 2011, l'instruction s'étant limitée à recueillir l'avis du médecin traitant et celui du SMR. Partant, la décision déterminante était celle du 27 novembre 2006 pour apprécier l'évolution de son état de santé depuis cette date. La comparaison des expertises de 2006 et de 2016 montrait par ailleurs une aggravation significative de son état de santé psychique. En effet, en 2006, l'expert n'avait relevé aucune diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ni idée de dévalorisation, ni attitude morose et pessimiste face à l'avenir ni suicidalité, alors que l'expertise de 2016 relevait une thymie triste avec fixation de la tonalité au pôle dépressif, une baisse de l'élan vital, un sentiment de découragement accompagné d'une forte amertume existentielle, une mauvaise estime de soi et une forte résignation avec une attitude passive et un désintérêt. Partant, le diagnostic de dysthymie avait été posé, diagnostic non retenu dans l'expertise de 2006. L'expertise de 2016 montrait également une accentuation du dysfonctionnement de la personnalité du recourant, induisant un repli encore plus important, dans la logique d'un cercle vicieux de marginalisation. Contrairement à l'expertise de 2006, le Prof. I _____ avait en outre retenu que sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, moyennant une réadaptation professionnelle, laquelle avait cependant été jugée difficile à mettre en place compte tenu de sa psychopathologie. En outre, même si cet expert avait considéré que sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis 2005, il avait précisé que cette capacité résiduelle de travail était exigible « immédiatement » et ne l'avait pas fait remonter à 2005. Ainsi, sa capacité de gain avait subi un changement important. Le recourant a relevé également qu'il était anosognosique, ce qui allait rendre plus difficile encore l'éventuelle réadaptation. Enfin, pour le calcul de sa perte de gain dans une activité adaptée, l'intimé aurait dû appliquer un abattement des salaires statistiques de plus de 10 %, en raison non seulement des limitations fonctionnelles physiques mais également psychiques très importantes.

37. Dans sa réponse du 9 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a fait valoir que sa décision du 31 mai 2011 reposait sur une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves, dans la mesure où l'avis du médecin traitant avait été sollicité et que le rapport de celui-ci avait fait l'objet d'une appréciation par le SMR. Partant, c'était depuis cette date qu'il convenait de déterminer si le degré d'invalidité du recourant s'était modifié. L'intimé a admis qu'il pouvait y avoir une modification du taux d'invalidité, lorsque l'atteinte à la santé avait changé dans son intensité et dans ses conséquences sur la capacité de travail, comme cela pouvait être le cas lorsqu'une affection psychique devenait chronique. Selon la jurisprudence, il y avait lieu de déterminer au degré de la probabilité prépondérante si l'on se trouvait en présence d'une modification de faits ou d'une appréciation médicale divergente de peu d'importance du point de vue du

droit en matière de révision concernant un état de santé pour l'essentiel demeuré inchangé. En l'occurrence, le Prof. I _____ avait constaté que le trouble de la personnalité était présent depuis le début de l'âge adulte et que ce diagnostic avait déjà été posé en 2005 par la Dresse B _____ et confirmé par le Dr D _____. Par ailleurs, selon le Prof. I _____, l'incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici devait être considérée effective depuis 2005 et aucune évolution notable n'avait eu lieu. Partant, sur le plan psychique, l'état de santé du recourant était resté inchangé. Sur le plan physique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Enfin, l'abattement de 10 % était conforme au droit dès lors que les limitations fonctionnelles n'empêchaient pas la mise en valeur de la capacité de travail du recourant. Il ne fallait pas non plus quantifier séparément chacun des facteurs de réduction entrant en ligne de compte et les additionner, mais évaluer globalement leur influence sur le revenu d'invalidé.

38. Par courriers du 28 août 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier à la docteure O _____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Elle leur a également communiqué la mission de l'experte.
39. Par courrier du 9 septembre 2019, le recourant a accepté le choix de l'experte et sa mission. Le 10 septembre 2019, l'intimé en a fait de même.

EN DROIT

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA).

Il 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. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié 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. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. L'art. 17 al. 1^{er} 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.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 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).

3. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat

prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

4. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

- a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

- b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

- c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

- d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la

capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

5. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

6. Dans deux arrêts du 30 novembre 2017 (8C_841/2016, 8C_130/2017), le Tribunal fédéral a jugé que la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail

invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

7. En l'occurrence, comme déjà communiqué aux parties, il n'y a aucune évaluation globale de la capacité de travail du recourant au niveau psychiatrique, prenant en compte également ses affections somatiques.

Par ailleurs, au vu des plaintes sans substrat organique objectif du recourant, comme cela ressort de l'expertise de la Dresse M_____, il n'est pas exclu que le recourant souffre également d'un trouble somatoforme douloureux, à savoir d'une nouvelle atteinte.

Partant, au vu de l'aggravation de l'état de santé pour des raisons somatiques et éventuellement au niveau psychiatrique sous forme d'un trouble somatoforme douloureux, la chambre de céans juge nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

8. Celle-ci sera confiée à la doctoresse O_____.

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie à la Dresse O_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur A_____.
 - Examiner personnellement l'expertisé.

- Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
- S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
- Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification internationale reconnue ?
 2. L'expertisé souffre-t-il en particulier d'un trouble somatoforme douloureux persistant au vu de ses plaintes somatiques, en partie sans substrat organique objectif, selon l'expertise de la Dresse M_____ ?
 3. Dans l'affirmative, doit-on considérer que cette atteinte a aggravé l'état psychique de l'expertisé ?
 4. Les autres atteintes psychiques ont-elles changé en intensité depuis la première expertise en 2006 et, dans l'affirmative, de quelle manière?
 5. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisé sur le plan psychiatrique ?
 6. Quelle est sa capacité de travail sur le plan psychiatrique, en prenant en compte également l'éventuel trouble somatoforme douloureux persistant, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiatriques et somatiques ?
 7. Comment a évolué la capacité de travail depuis 2006?
 8. Y-a-t-il une exagération des symptômes, des discordances, des incohérences ou d'autres phénomènes similaires ?
 9. Y-a-t-il un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art sur le plan psychiatrique ?
 10. La gravité des atteintes psychiatriques est-elle rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogénèse ?
 11. Quel est le contexte social (quotidien et environnement de l'expertisé) ?
 12. Y-a-t-il des limitations fonctionnelles uniformes dans les activités de tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisir et activité sociale) ?

13. Quel est le traitement sur le plan psychiatrique ? D'autres mesures thérapeutiques complémentaires sont-elles, cas échéant, recommandées ?
14. Est-il exigible que l'expertisé prenne un traitement pharmacologique ?
15. Quelle est sa compliance ?
16. L'expertisé a-t-il les ressources suffisantes pour surmonter les atteintes psychiatriques, compte tenu notamment de son environnement social, des comorbidités physiques et de la structure de la personnalité ? Cas échéant, pour quelles raisons estimez-vous que ses ressources sont insuffisantes ?
17. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite la Dresse O_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le