



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2143/2019

ATAS/1146/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 novembre 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

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

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1971 et d'origine portugaise, est célibataire, sans enfant et ne possède pas de formation. Depuis son arrivée 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_____, psychiatre aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : 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 était 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 était noté que l'assuré se plaignait d'une inversion de son rythme nyctéméral. Dans les constatations objectives, ce médecin avait noté qu'il présentait une méfiance paranoïde avec une tendance à la rancune, à interpréter les actes ou paroles d'autrui comme hostiles ou irrespectueuses 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 : l'OAI ou l'intimé) a refusé à l'assuré le droit aux prestations, décision contre laquelle l'assuré a formé opposition.
5. Selon le rapport du 16 février 2006 du docteur C_____, psychiatre et médecin-traitant de l'assuré, l'état de santé de ce dernier 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_____, psychiatre, 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. À 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 administrative, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré, par décision du 27 novembre 2006 ; ce dernier n'a pas fait recours contre la décision.
8. En novembre 2009, l'assuré a formé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité. À 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. À 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. À 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 psychologiquement 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 s'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_____ 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 2015 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 administrative concernant l'assuré. L'expertise retenait 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_____ 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 précédentes du SMR.
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. À 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 anxieux. 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, annulé la décision querellée en tant que de besoin et renvoyé la cause à l'intimé pour compléter l'instruction et rendre une 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 le 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 de 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 concernait 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'invalidé 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. À 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. À 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'invalidité.
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.
40. En date du 24 juin 2020, la chambre de céans a reçu l'expertise de la Dresse O_____. Celle-ci se fondait sur la lecture du dossier et des expertises précédentes. Des entretiens individuels de deux fois deux heures puis une heure avaient eu lieu avec l'expertisé, ainsi qu'un entretien téléphonique. Il y avait également eu un entretien téléphonique avec le Dr C_____ et avec le Dr F_____.
- Le rapport d'expertise était, en substance, rédigé comme suit :

Anamnèse familiale psychiatrique :

La mère de l'expertisé souffrait éventuellement de problèmes psychiques, avait fait des tentatives de suicide et prenait des antidépresseurs. Le frère aîné de l'expertisé souffrait de troubles du comportement de type impulsif et violent, il cassait notamment les armoires avec une hache et tapait sur l'expertisé de manière régulière.

Anamnèse professionnelle :

L'expertisé avait débuté l'école avec un an de retard en raison de nombreux déménagements ; pour lui, l'école avait été un enfer et il avait doublé plusieurs années d'école primaire. À 17 ans, la journée, il s'occupait de son petit frère, le soir, il étudiait. Il avait quitté sa mère alors qu'il avait 17 ans, puis avait rejoint son père en Suisse. À Genève, il avait débuté le Cépia en classe d'accueil, avait appris le français, mais s'était ennuyé pendant ses études et n'avait pas envie d'apprendre. Il n'avait pas terminé son apprentissage de dessinateur en bâtiment et avait exercé différents métiers pour subsister. Après quelques mois, il mettait fin systématiquement à ses mandats professionnels, suite à des difficultés relationnelles. L'expertisé n'avait jamais exercé d'activité lucrative sur une longue durée, son plus long mandat avait duré un peu moins d'un an en tant que laveur et préparateur de voitures de location. Depuis un accident survenu sur un toit, en décembre 2002, l'expertisé disait souffrir de douleurs dans le dos. Depuis janvier 2003, il était en totale interruption de travail bien qu'ayant travaillé de temps en temps à 50% sur de très courtes périodes.

Anamnèses socio-affective :

Selon l'expertisé, sa mère prenait des antidépresseurs, était violente et lui donnait souvent des claques ; ses relations avec sa mère étaient conflictuelles depuis toujours. Son père était décrit comme quelqu'un d'impulsif et de violent qui regrettait sa violence ensuite. À la fin de la guerre d'indépendance au Mozambique, la famille a quitté ce pays pour le Portugal. Il avait été confié à son oncle de l'âge de trois ans jusqu'à l'âge de cinq ans ; il travaillait aux champs, cueillant des pommes de terre et s'occupant des vaches. Deux ans après, sa mère était revenue le chercher, mais l'enfant avait alors été confié, du matin au soir, à des membres de la famille, car la mère travaillait beaucoup. Son frère aîné était décrit comme un personnage dictatorial, agressif, en proie à des crises de violence incontrôlables. Dès l'âge de 17 ans, à la naissance de son frère cadet, l'expertisé devait garder son frère durant la journée et étudier le soir. Il avait rejoint son père en Suisse à 17 ans, avant que ce dernier lui demande de partir, alors qu'il était âgé de 20 ans. L'expertisé disait ne plus avoir de contact avec sa famille. Il disait avoir eu de nombreuses relations amoureuses, la dernière ayant duré huit ans avant que sa copine ne le quitte à la fin de l'année 2019. L'expertisé vivait seul actuellement ; il ne se remettait pas en question, il disait n'avoir aucun ami, son seul ami étant décédé d'une overdose pendant la nuit avant que l'expertisé ne le découvre, mort, au petit matin ; un autre ami proche était mort d'un accident de voiture à l'âge de 32 ans.

Anamnèse médicale :

L'expertisé fumait depuis l'adolescence ; il était dépendant au cannabis jusqu'en 2012 et affirmait qu'il avait stoppé désormais le cannabis et ne buvait pas d'alcool. Il se disait allergique à tous les parfums et souffrait d'un lipome dorsal. Il souffrait de troubles du sommeil depuis de nombreuses années et de maux de tête depuis toujours. Depuis un incident de chantier, en décembre 2002, il souffrait de cervico-brachialgies chroniques prédominant à gauche. Ses problèmes de dos et de vertèbres cervicales étaient décrits dans le rapport d'expertise du 10 janvier 2019, de la Dresse M_____. L'expertisé se plaignait de malaises avec perte d'énergie depuis plusieurs années. Selon ses dires, il n'y avait plus aucun suivi chez aucun médecin depuis mai 2019 après qu'il ait décidé d'interrompre le suivi avec le Dr C_____, son psychiatre depuis 2005, en raison disait-il d'informations familiales et personnelles divulguées sans son accord. Sur dénonciation de l'expertisé, une procédure disciplinaire et pénale était actuellement en cours.

Avis médicaux :

L'experte résumait ensuite les différents avis médicaux et expertises présents au dossiers et déjà mentionnés *supra*.

Le traitement médicamenteux actuel consistait dans de l'Apranax et du Co-Daphalgan pour les migraines.

Examen clinique :

La maigreur de l'expertisé était manifeste, son habillement était négligé, il paraissait plus âgé que son âge. Son attitude corporelle était voûtée évitante en repli sur soi ; il y avait une baisse d'élan vital, une fatigabilité, peu de sourire, une impression de tension et de souffrance, mais pas d'agressivité. La collaboration était relative, car l'expertisé adoptait une attitude de résistance, éludait certaines questions, changeait de sujet, digressait et répondait souvent aux questions par une autre question. L'attention était dans la norme, il n'y avait pas de confusion mentale, mais lorsqu'il parlait de personnes qui lui voulaient du mal, l'expertisé créait un scénario de conspiration dirigée contre lui. Dans ce scénario, il y avait plusieurs persécuteurs, mais « leur identité voyageait » ; c'était parfois les médecins, parfois les autres, sans que l'experte puisse déterminer de qui il s'agissait. La colère était omniprésente contre, le monde, les gens et l'extérieur. L'expertisé se présentait comme une victime, disait qu'il souffrait de déprime, mais ne savait pas expliquer pourquoi. Ses capacités d'empathie étaient limitées, peur de l'autre, méfiance, cynisme, amertume, pas de projection dans l'avenir et aucune remise en question personnelle.

Discussion :

L'anamnèse et l'examen clinique montraient un mode de fonctionnement dissonant par rapport aux normes culturelles qui étaient celles de l'expertisé. Depuis le début de l'âge adulte il avait eu de nombreuses difficultés à s'insérer dans son tissu social

professionnel et affectif et souffrait donc d'un trouble structurel. Il préfèrait la solitude à la déception, n'appréciait pas les humains et disait qu'il pouvait vivre seul. Tout système avec des règles déclenchait une révolte chez l'expertisé, étant précisé que cet aspect dyssocial n'avait pas été relevé par les précédents experts mais avait toujours été présent depuis l'âge adulte et était suffisamment relevant pour que l'expert en tienne compte. L'expertisé était méfiant, en repli sur soi-même dans une attitude de protection ; il était autocentré. S'y ajoutait une construction de type conspiration, le tout permettant d'arriver au diagnostic de trouble mixte de la personnalité F61.0.

Ce trouble mixte de la personnalité n'était pas une aggravation en soi, car présent depuis le jeune âge adulte ; il était constitué dans ce cas précis d'un versant paranoïaque et d'un versant dyssocial. Le versant paranoïaque rendait ce trouble difficile à prendre en charge sur le plan médical ; quant au versant dyssocial l'irritabilité qui découlait de toute forme de contrainte, rendait difficile une insertion sociale et professionnelle optimale.

Un diagnostic de trouble dépressif récurrent F33.0, épisode actuel léger était également posé. Il se fondait sur un abaissement de l'humeur, une perte d'intérêt et de plaisir, un isolement social progressif, une réduction de l'énergie et une absence de libido. L'échelle de Hamilton confirmait une dépression légère. La détresse était importante, l'expertisé ne semblait pas exagérer ou surjouer ses plaintes et disait spontanément être déprimé.

Réponses aux questions posées dans le mandat d'expertise :

1) *Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification internationale reconnue ?*

Diagnostics selon la CIM-10 :

F61.0 Trouble mixte de la personnalité

F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

F51.2 Trouble du rythme veille-sommeil non organique

F12.20 Trouble mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, actuellement abstinents.

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_____ ?*

Le syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4 ne peut être diagnostiqué au détour d'un trouble de l'humeur. Étant donné qu'un trouble de l'humeur a été posé dans le cadre de cette expertise, ce diagnostic ne sera pas posé.

(Question 3 sans objet au vu de la réponse sous Question 2)

4. Les autres atteintes psychiques ont-elles changé en intensité depuis la première expertise en 2006 et, dans l'affirmative, de quelle manière ?

F61.0 Trouble mixte de la personnalité

Ce trouble, composé dans le cas de l'expertisé, d'un versant dyssocial et d'un versant paranoïaque, est présent depuis le début de l'âge adulte. Il est présent de façon structurelle et fait donc partie du mode de fonctionnement psychique de l'expertisé.

Le Prof. I_____, en octobre 2016, évoque une accentuation du dysfonctionnement de la personnalité. Les arguments en faveur de cette thèse sont un appauvrissement des capacités à maintenir un réseau autour de lui (aide médicale, réseaux affectif et familial). L'experte est donc d'accord avec cet avis.

Comme mentionné précédemment ce sont les difficultés à tenir compte des expériences négatives qui appauvrissent l'intellect, la cognition et l'apprentissage des personnes qui sont affectées de cette pathologie. Les défenses de type projectivité et victimisation renforcent en continu la conviction que le problème est en-dehors de ce fait les sujets font le vide autour d'eux, et se retrouvent de plus en plus isolés du fait de leurs difficultés relationnelles. Ils n'apprennent pas ou peu. Dans ce cas, les composantes paranoïdes et dys-sociales qui émergent sont des facteurs de mauvais pronostic pour un assouplissement psychique au cours de l'âge adulte. Ainsi, on assiste depuis le début de l'âge adulte à une dilution de l'intellect, à un isolement social et affectif du fait des difficultés relationnelles. Ces deux facteurs aggravent à leur tour les capacités dans les ressources personnelles pour faire face aux difficultés de l'existence.

F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

Depuis le rapport du Dr F_____, en août 2014, les idées suicidaires se sont amendées. Il y a donc une amélioration par rapport au rapport de ce médecin, sur le plan de l'humeur.

Mais le Dr I_____ mentionne une dysthymie dans son expertise de 2016. Or une dysthymie est un trouble qualifié de moins grave que le F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

Dans la description clinique du Dr I_____ en octobre 2016 page 11 il est dit que « La thymie est triste avec fixation de la tonalité au pôle dépressif. Baisse de l'élan vital et sentiment de découragement avec forte amertume existentielle, mauvaise estime de soi. Décrit une baisse de la libido, des troubles du sommeil et un appétit diminué... désintéressé... » il semble que certains symptômes tels thymie triste – retrouvée comme non triste aux entretiens actuels, appétit diminué - non diminué dans l'expertise actuelle - sont plutôt améliorés.

De ce fait l'évaluation du trouble en dysthymie pour le Dr I_____ et en F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger pour l'expertise actuelle semble

découler plutôt d'une appréciation médicale divergente et non d'une aggravation de l'état de l'expertisé.

F51.2 Trouble du rythme veille-sommeil non organique

Ce trouble est resté persistant, stable au cours des années. On assiste à une perturbation du rythme veille-sommeil qui, s'il a comme origine probable une symptomatologie dépressive mentionnée auparavant par les différents intervenants médicaux au cours des années précédentes, est entretenu par une difficulté de l'expertisé à structurer sa journée. Pas de rythme régulier, pas d'occupations, pas d'activité physique entretiennent sans aucun doute ces troubles du sommeil.

F12.20 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, actuellement abstinent.

L'expertisé ne consomme plus de cannabis (version à prédominance de THC utilisées à des fins récréatives) mais il présente de façon résiduelle un problème évident de volonté, point qui est souvent observé chez les anciens consommateurs réguliers de cette substance et qui probablement aggrave, alimente les difficultés à structurer ses journées.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisé sur le plan psychiatrique?

F61.0 Trouble mixte de la personnalité.

Incapacité à entrer en relation avec l'Autre de façon paisible et harmonieuse. Mode de relation de type conflictuel.

Le versant paranoïde du trouble amène l'expertisé à se sentir rapidement mal au sein d'un groupe, à interpréter contre lui des propos ou attitudes ne le concernant pas et à se sentir de ce fait maltraité par les autres.

Le versant dyssocial l'amène d'une part à se sentir toujours au-dessus des règles dans une communauté professionnelle ou sociale, règles qu'il finit par ne plus respecter (retards, vols).

Ces deux versants font que l'expertisé ne se sent que difficilement intégré dans un groupe.

F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

Baisse de l'intérêt et du plaisir. Fatigabilité. Baisse de l'élan vital. Troubles mnésiques.

F51.2 Trouble du rythme veille-sommeil non organique

Fatigue observée cliniquement au bout d'une heure trente.

F12.20 Trouble mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, actuellement abstinent.

Troubles de la volonté, manque d'initiative.

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 ?*

La capacité de travail est actuellement nulle, du fait des troubles qui se potentialisent de façon négative.

7. *Comment a évolué la capacité de travail depuis 2006 ?*

Pour la Dresse B_____ (rapport de juin 2005), la capacité de travail était nulle depuis janvier 2003, elle évoquait un trouble de la personnalité paranoïaque, et ajoutait que « si les circonstances se modifiaient le trouble ne disparaîtrait pas ». Les facteurs de mauvais pronostic étaient liés notamment à la consommation de cannabis. La capacité de travail était nulle depuis janvier 2003

Selon le Dr C_____ (rapports du 16 février 2006), médecin psychiatre de l'expertise de mai 2005 à mai 2019, l'état dépressif moyen récurrent datait de mai 2005 (début du suivi chez lui). La capacité de travail était alors nulle. La compliance était optimale et l'expertise prenait des antidépresseurs. En fait, après vérification téléphonique, la compliance était bonne du point de vue de la fréquentation aux entretiens (moyennant un rappel téléphonique la veille de l'entretien par le psychiatre), mais médiocre pour les traitements médicamenteux.

Cet avis n'était pas partagé en septembre 2006 par l'expert D_____, qui concluait à une personnalité paranoïaque sans état dépressif. Pour lui, la capacité de travail est de 100% car il n'y avait pas de diminution d'intérêt ou de plaisir.

En 2014, le Dr F_____ décrivait une capacité de travail nulle.

En 2016, selon Dr I_____, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée.

Actuellement la capacité de travail est nulle.

8. *Y-a-t-il une exagération des symptômes, des discordances, des incohérences ou d'autres phénomènes similaires ?*

Il n'y a pas d'exagération des symptômes. Il n'y a pas de théâtralisme. Lors du premier entretien, l'expertisé a souffert d'une « crise » avec pâleur et anxiété modérée. Il n'y avait pas d'éléments en faveur d'une attaque de panique, mais la détresse semblait sincère. L'anamnèse permet d'évoquer une crise d'hypoglycémie, l'expertisé n'ayant ni mangé ni bu avant l'entretien.

Les discordances relevées sont les suivantes :

Une attitude corporelle maintenue tout au long de l'entretien sans position antalgique, malgré des plaintes évoquant des douleurs au premier plan. Une volonté de ne plus avoir de médecin somaticien, alors que les douleurs sont en première place des plaintes.

L'évocation par lui d'une déprime donc une anosognosie partielle des troubles psychiques tout en n'effectuant pas les démarches nécessaires pour au moins reprendre un suivi chez un nouveau psychothérapeute.

9. Y-a-t-il un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art sur le plan psychiatrique ?

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas échec des traitements conformes aux règles de l'art, car tous les traitements médicamenteux disponibles en l'état actuel de nos connaissances médicales n'ont pas été tentés. En particulier, le changement d'antidépresseurs n'a pas été essayé du fait des réticences de l'expertisé.

L'expertisé, qui reconnaît être déprimé, a eu un suivi conforme en terme d'entretiens, mais pas en terme de traitements antidépresseurs.

Il faut ajouter qu'actuellement et depuis mai 2019, l'expertisé n'a aucun suivi psychiatrique, ni aucun traitement médicamenteux, allopathique ou autre, pour la symptomatologie dépressive. Cela est insuffisant et a été verbalisé à l'expertise.

Il n'y a pas de traitement médicamenteux connu pour résorber un trouble de la personnalité. Mais dans ce cas, l'administration de neuroleptiques à dose légère pourrait améliorer l'interprétativité de l'expertise. Toutefois, l'expertisé n'est pas conscient de son trouble de personnalité, donc il est cohérent qu'il ne veuille pas prendre de neuroleptiques.

10. La gravité des atteintes psychiatriques est-elle rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogénèse ?

L'étiologie et la pathogénèse des troubles est du ressort de l'individu aux prises avec sa biologie, son histoire et ses ressources personnelles face aux événements de l'existence.

Le F61.0 Trouble mixte de la personnalité n'a pas d'étiologie connue mais il peut être favorisé voire renforcé par une éducation négligente ou déficiente.

Le F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, peut dans ce cas être en rapport avec un phénomène d'usure face aux scénarii de conspiration que l'expertisé se construit.

Le F51.2 Trouble du rythme veille-sommeil non organique a pu être causé par une symptomatologie dépressive dans un premier temps. Puis, il a pu se pérenniser par de mauvaises habitudes diurnes (pas assez d'exercice physique ou d'activité intellectuelle dans la journée, mauvaise alimentation, etc) qui ont « fixé » le problème au niveau de l'horloge biologique.

Le F12.20 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, actuellement abstinent, est parfois utilisé comme une automédication contre les angoisses. L'expertisé dit l'avoir utilisé parfois contre les cauchemars passés.

11. Quel est le contexte social (quotidien et environnement de l'expertisé) ?

L'expertisé vit seul, il s'est séparé de sa compagne il y a plusieurs mois. Il n'a plus de contacts avec sa famille d'origine. Il n'a pas d'amis.

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) ?*

Oui, les limitations fonctionnelles sont uniformes dans tous les domaines.

13. *Quel est le traitement sur le plan psychiatrique ? D'autres mesures thérapeutiques complémentaires sont-elles, cas échéant, recommandées ?*

Il n'y a plus aucun traitement psychiatrique actuellement.

14. *Est-il exigible que l'expertisé prenne un traitement pharmacologique ?*

Oui, un traitement psychiatrique est exigible, de type entretiens réguliers et traitement médicamenteux.

15. *Quelle est sa compliance ?*

Lors de son suivi chez le Dr C_____, l'expertisé était appelé à l'avance par son psychiatre qui lui rappelait son rendez-vous. Dans ces conditions, l'expertisé venait à ses rendez-vous. Sur le plan médicamenteux, la compliance est nulle pour les psychotropes, mais correcte pour les antalgiques.

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 ?*

Non, l'expertisé ne dispose pas des ressources suffisantes pour surmonter ses atteintes psychiatriques.

41. Consulté sur les résultats de l'expertise, le conseil du recourant, par courrier du 30 juin 2020 a relevé que la question qui se posait était de savoir si l'état de santé de l'assuré s'était durablement aggravé par rapport aux constatations ayant donné lieu à la décision du 27 novembre 2006. Si tel était le cas, il fallait ensuite examiner si cette aggravation influait sur la capacité de travail. Le conseil de l'assuré considérait que le rapport d'expertise de la Dresse O_____ y répondait de manière positive tout comme l'avait fait le rapport d'expertise du Dr I_____. Se fondant sur l'existence d'un trouble dépressif récurrent léger, le conseil de l'assuré y voyait une aggravation de son état par rapport à l'expertise du 27 septembre 2006. Deux autres facteurs d'aggravation étaient le trouble du rythme veille - sommeil non organique, ainsi qu'un trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de dérivés du cannabis. S'agissant de déterminer si l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était notable, le conseil du recourant relevait que le milieu professionnel ne pouvait pas s'adapter à la psychopathologie de l'assuré, ce qui revenait à dire qu'il n'existait pas de place de travail pour lui sur le marché de l'emploi et que sa capacité de travail devait être considérée comme nulle ; dès lors, il devait obtenir

une rente d'invalidité entière à compter de sa troisième demande, à savoir dès juillet 2014.

42. Par courrier du 17 août 2020, l'intimé a communiqué ses observations. En substance, l'intimé constatait que l'assuré présentait un trouble de la personnalité depuis le début de l'âge adulte et que celui-ci ne s'était pas aggravé. Les symptômes dépressifs associés étaient légers et ne différaient pas de ceux relevés par le Prof. I_____ en 2016. Selon l'intimé, l'atteinte à la santé n'avait pas évolué depuis 2006 et n'était pas sévère, le trouble de la personnalité étant demeuré stable. De ce fait, en l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré, l'intimé ne voyait pas pour quelle raison sa capacité de travail serait nulle dans toute activité, alors qu'elle était évaluée comme entière en 2006. Ainsi, l'intimé niait que les circonstances aient changé et confirmait ses conclusions, à savoir le rejet du recours.
43. Par courrier du 24 août 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions, non sans observer que l'intimé avait pris une posture contradictoire, soutenant désormais que l'expertise du Dr I_____ devait être suivie alors qu'il ne l'avait pas reconnue comme probante lors de la prise de décision du 9 février 2018.
44. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de refus de la rente d'invalidité au recourant.
4. 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 1^{er} janvier 2008).

5. 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. 28a al. 1 LAI).

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

6. a. 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet

constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

b. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

-
7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
 8.
 - a. 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).
 - b. 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. 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).
 - d. 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).

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

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

9. a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

b. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

10. a. 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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). Dans ce cadre, il convient 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

b. Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

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

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

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

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

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

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 : autoperception 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).

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.

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).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

11. 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).

12. En l'espèce, il convient de déterminer si le degré d'invalidité du recourant s'est modifié depuis la dernière décision de l'intimé entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108).

En l'état, il s'agit de la décision de l'OAI du 31 mai 2011, qui constatait que la capacité de travail du recourant était entière dans toute activité et lui refusait tout droit à des prestations de l'AI.

Dès lors, on doit comparer l'état de santé actuel du recourant avec celui prévalant lors de la décision du 31 mai 2011, qui n'a pas fait l'objet d'un recours.

13. Sur le plan des troubles physiques, qui seront examinés en premier, il convient de rappeler que suite au dépôt de la troisième demande de prestations de l'assuré en juillet 2014, la chambre de céans avait eu l'occasion de se prononcer sur la présente affaire dans son arrêt du 30 août 2018 (ATAS/759/2018) et avait renvoyé la cause pour instruction complémentaire sur l'état physique de l'assuré à l'intimé, aspect qui n'avait jamais fait l'objet d'une instruction par l'OAI auparavant.

L'expertise administrative du 25 février 2019, effectuée par la Dresse M_____, 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, ainsi que des céphalées d'origine indéterminée et des troubles du sommeil avec possible désynchronisation du rythme circadien associé à une fatigue. Un travail peu exigeant avec la possibilité de changer de position librement semblait adéquat et pourrait être exercé à 100%. 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%.

Dans son avis médical du 28 février 2019, le Dr N_____ du SMR a estimé que l'expertise était convaincante sur le plan neurochirurgical, mais ne pouvait être suivie en ce qui concernait 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.

Il résulte de l'expertise administrative et de l'avis du SMR, que les troubles physiques de la santé du recourant ne sont pas de nature à l'empêcher d'exercer une

activité adaptée à 100%. Aucun élément dans le dossier ne permet de remettre en question cette appréciation, ce que le recourant ne conteste pas.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi au niveau de la vraisemblance prépondérante que les troubles physiques de la santé du recourant ne sont pas de nature à lui donner droit à des prestations de l'AI.

14. En ce qui concerne les troubles psychiques du recourant, cet aspect a été examiné depuis 2005.

Selon le rapport du 6 juin 2005 de la Dresse B_____, psychiatre aux 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. Sa capacité de travail était nulle depuis janvier 2003 et son état était stationnaire.

Selon le rapport du 16 février 2006 du Dr C_____, psychiatre et médecin-traitant de l'assuré, l'état de santé de ce dernier 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. On pouvait cependant s'attendre à une reprise du travail ultérieurement à 50%, après une réadaptation.

Selon le rapport du 27 septembre 2006, du Dr D_____, psychiatre mandaté par l'OAI pour effectuer une expertise administrative, l'assuré faisait état d'insomnies, de fatigue de jour comme de nuit et de maux de tête. Le diagnostic de l'expert était un trouble de la personnalité de type paranoïaque F60.0, depuis sa jeunesse, sans épisode dépressif et sans répercussion sur la capacité de travail. 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 considérait que l'assuré était capable de travailler à 100%.

C'est sur la base de cette expertise administrative que l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré, par décision du 27 novembre 2006, au motif que sur la base de l'expertise, l'OAI considérait que les troubles de la personnalité n'étaient pas invalidants, lui déniaient tout droit à des prestations AI, décision qui est entrée en force. Il convient de préciser que seul le diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque F60.0 était retenu par l'OAI, le diagnostic dépressif étant écarté.

Suite au dépôt, en novembre 2009, de la deuxième demande de prestations, le Dr C_____ attestait, dans son rapport du 10 septembre 2010, d'un état de stress post-traumatique avec une modification durable de la personnalité. L'assuré ne parvenait pas à s'intégrer, à se faire une vie sociale en Suisse ; il utilisait le cannabis à des fins thérapeutiques pour essayer de se détendre. À la suite de la prise d'antidépresseurs, il avait ressenti des pulsions suicidaires (se jeter par la fenêtre)

qui le terrorisaient et lui faisaient refuser tout traitement psychotrope. 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 l'OCE, raison pour laquelle il avait été remis en arrêt de travail à 100% dès juillet 2007. Il ressentait une anxiété et fumait par ailleurs du haschisch pour la calmer. 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.

Appelé à se prononcer sur cette deuxième demande, le Dr E_____, médecin-conseil de l'intimé, dans un avis médical de moins d'une page, daté du 4 janvier 2011, a considéré que 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). En conclusion, 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.

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 depuis 2006 sur la base de l'avis du SMR précité. Il s'agissait d'une confirmation du projet de décision de non entrée en matière du 2 mars 2010 dont la motivation était extrêmement lapidaire, l'OAI déclarant que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle et qu'aucun élément médical attestant d'une aggravation de l'état de santé n'avait été transmis par l'assuré. Ce dernier n'a pas fait recours contre la décision du 31 mai 2011 qui est entrée en force.

Il résulte de ce qui précède, que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique a été écarté et qu'aucun élément se rapportant à une éventuelle dépression n'apparaît dans le rapport du médecin-conseil de l'intimé.

La décision du 31 mai 2011 n'a tenu compte que d'un seul élément, à savoir le trouble de la personnalité paranoïaque, considérant qu'il n'était pas nouveau, car déjà pris en compte dans l'expertise administrative de 2006, expertise dont les conclusions étaient toujours valables et dont il n'y avait pas lieu de s'écarter.

15. Cette détermination de l'OAI doit conduire, dès lors, à une comparaison entre l'expertise administrative de 2006 du Dr D_____, sur laquelle se fonde la décision du 31 mai 2011, l'expertise administrative effectuée le 7 octobre 2016, par le Dr

I _____ et l'expertise judiciaire du 24 juin 2020 de la Dresse O _____, qui se fonde sur l'état de santé psychique actuel du recourant.

À titre préalable, il convient de noter que depuis les expertises administratives de 2006 et 2016, le Tribunal fédéral a eu l'occasion, en 2019, de préciser dans sa jurisprudence les critères qui devaient être pris en compte dans le cadre d'une expertise psychiatrique et de quelle manière cette dernière devait être structurée.

16. Au niveau des diagnostics posés par les experts, l'expertise de 2006 ne retient qu'un trouble de personnalité de type paranoïaque F60.0. Un éventuel épisode dépressif est clairement écarté et un trouble du comportement lié à la prise de cannabis n'est pas pris en compte alors même que dans son rapport du 6 juin 2005 - pourtant consulté par l'expert - la Dresse B _____ soulignait une dépendance de l'assuré au cannabis.

L'expertise de 2016 retient un trouble de personnalité de type paranoïaque F60.0 ainsi qu'une dysthymie (F34.1) depuis 2003. L'expert note que la consommation de cannabis aurait pris fin « il y a 4 ans ». Bien qu'ayant noté une thymie triste, avec fixation de tonalité au pôle dépressif, baisse de l'élan vital, baisse de la libido, mauvaise estime de soi et désintérêt, l'expert ne retient pas de diagnostic de trouble dépressif.

L'expertise de 2020, quant à elle, retient le trouble mixte de la personnalité F61.0, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger F33.0, le trouble du rythme veille-sommeil non organique F51.2 et les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, actuellement abstinent F12.20.

Il convient de noter que l'analyse du trouble de la personnalité effectué par l'experte O _____ est plus détaillée que celui posé en 2006, précisant que le trouble mixte de la personnalité n'est pas une aggravation en soi, car présent depuis le jeune âge adulte, mais constitué d'un versant paranoïaque et d'un versant dyssocial. Selon l'experte, le versant paranoïaque rendait ce trouble difficile à prendre en charge sur le plan médical et le versant dyssocial et l'irritabilité qui découlait de toute forme de contrainte, rendait difficile une insertion sociale et professionnelle optimale.

Même si le trouble de la personnalité existait déjà en 2006, seul le versant paranoïde avait été pris en compte par l'expert qui n'avait pas mentionné le versant social et ses conséquences. Or, au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral, tous les aspects d'un trouble doivent être pris en compte en tant qu'ils influencent la comorbidité et peuvent avoir un effet limitatif.

À cet égard, il y a lieu de combiner ce trouble du comportement avec les autres troubles relevés par l'experte O _____, soit le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, le trouble du rythme veille-sommeil non organique et les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, tout en tenant compte du fait que le recourant dit ne consommer ces substances qu'occasionnellement, en automédication contre les angoisses.

Au niveau de la capacité de travail, l'expertise de 2006 retient une capacité résiduelle de travail de 100%, dans un environnement calme, avec peu de contacts sociaux ou dans un entourage où l'équipe est bien structurée et le commandement transparent.

L'expertise de 2016 décrit la réadaptation professionnelle de l'assuré comme une aventure risquée, mais devant être tentée à temps partiel, soulignant qu'une activité à plein temps est « actuellement illusoire » compte tenu de l'apathie, du repli sur soi, du besoin de solitude et de la vulnérabilité à l'exposition. Le milieu de réadaptation est jugé capital, selon l'expert, sans interaction avec autrui et soumis à un travail ritualisé.

L'expertise de 2020 retient une capacité de travail nulle du fait des troubles qui se potentialisent de manière négative. Les différentes prises de position sont rappelées, notamment celle des Drs B_____ (2005) et C_____ (2006) considérant la capacité de travail comme nulle, celle de l'expertise administrative de 2006, considérant une capacité de résiduelle de travail de 100%, l'avis du Dr F_____ (2014) décrivant une capacité de travail nulle et celui du Dr I_____ (2016) estimant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

En comparant les deux expertises administratives de 2006 et 2016 ainsi que l'expertise judiciaire de 2020, on constate qu'un trouble dépressif n'est pas retenu en 2006, qu'il est évoqué en 2016, mais considéré comme une dysthymie, alors qu'il est diagnostiqué, dans l'expertise de 2020, comme trouble dépressif.

Bien que qualifié différemment, et tenant compte de l'amélioration constatée dans l'expertise de 2020, il n'en reste pas moins que le trouble dépressif d'intensité légère au moment de l'expertise de 2020, doit être retenu comme un élément jouant un rôle, combiné avec les autres troubles relevés, soit le trouble du rythme veille-sommeil non organique, décrit dans l'expertise de 2016, mais sans que le diagnostic ne soit posé et les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, consommation également évoquée dans l'expertise de 2016, mais avec la conclusion que l'expertisé avait cessé sa consommation de cannabis.

Comme cela ressort de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, 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 tels que le trouble dépressif d'intensité légère, le trouble du rythme veille-sommeil non organique et les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante avec le trouble de la personnalité, du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources dont peut disposer l'assuré. Or, les limitations de l'assuré

sont admises aussi bien dans l'expertise de 2006 - qui conditionne la capacité de travail de l'assuré à un environnement calme, avec peu de contacts sociaux ou dans un entourage où l'équipe est bien structurée et le commandement transparent - dans l'expertise de 2016 - soulignant qu'une activité à plein temps est « actuellement illusoire » compte tenu de l'apathie, du repli sur soi, du besoin de solitude et de la vulnérabilité à l'exposition, nécessitant un milieu de réadaptation sans interaction avec autrui et soumis à un travail ritualisé - et enfin dans l'expertise de 2020 dans laquelle la capacité de travail de l'expertisé est considérée comme nulle en raison de la potentialisation négative des troubles.

Compte tenu de ce qui précède, le chambre de céans considère comme établi au niveau de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision de 2011, fondée sur l'expertise de 2006 qui ne retenait qu'un trouble du comportement et reconnaissait à l'assuré une capacité de travail entière.

En effet, l'expertise administrative de 2016 a pris en compte, outre le trouble du comportement, une dysthymie et a conclu à une capacité de travail à 50% avec des limites très précises quant aux possibilités de l'exercer.

Quant à l'expertise de 2020, outre qu'elle a permis d'affiner le trouble de la personnalité en décrivant le versant social en plus du versant paranoïde retenu jusqu'alors, elle a retenu également 3 autres troubles de la santé, accentuant la comorbidité et concluant à une capacité de travail nulle.

La chambre de céans considère que l'expertise judiciaire de 2020 doit être suivie. Elle est plus complète et détaillée que celle de 2006 et utilise les nouveaux critères jurisprudentiels, ce qui n'est pas le cas de l'expertise de 2016. La Dresse O_____ a mené une étude fouillée, notamment quant aux différentes catégories d'anamnèse du sujet, elle s'est fondée sur des examens complets, prenant notamment en compte et se positionnant par rapport aux précédents avis médicaux et a pris en considération les plaintes exprimées étant précisé que l'expertisé semble avoir davantage révélé sa personnalité que dans les précédentes expertises. La description des interférences médicales est particulièrement claire et convaincante et les conclusions de l'expert sont bien motivées et exemptes de contradiction.

17. Partant, la chambre de céans considère comme établi au niveau de la vraisemblance prépondérante que la capacité de travail du recourant est nulle.
18. Le point de départ de l'incapacité de travail à 100% sera fixé au moment du dépôt de la demande de prestations invalidité, soit au mois de juillet 2014.
19. Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.
20. La présente cause sera renvoyée à l'intimé afin d'effectuer le calcul des prestations dues, dans le sens des considérants.
21. Les frais du montant de l'expertise du 20 juin 2020, selon note de frais de la Dresse O_____ du 15 juin 2020, soit CHF 6'000.-, seront mis à la charge de l'intimé.

22. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'500.- sera accordée au recourant, assisté d'un mandataire professionnel, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimé.
23. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 22 mai 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé afin de déterminer le droit aux prestations du recourant, dans le sens des considérants.
5. Met les frais du montant de l'expertise du 20 juin 2020, selon note de frais de la Dresse O _____ du 15 juin 2020 soit CHF 6'000.-, à la charge de l'intimé.
6. Accorde une indemnité de CHF 2'500.- au recourant, à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Diana ZIERI

Philippe KNUPFER

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