RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2659/2019 **ATAS/462/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 mai 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à GENÈVE, recourant
représenté par ASSUAS Association suisse des assurés

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1978, ressortissant du Kosovo, titulaire d'un livret B - OASA, ouvrier dans l'agriculture, est entré en Suisse en 1996; il a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 25 mai 2011, après avoir été signalé à l'OAI par son assureur perte de gain-maladie dans le cadre de la détection précoce. Il était en incapacité totale de travail depuis le 8 septembre 2010. L'atteinte à la santé était caractérisée par des lombosciatalgies droites; une IRM lombaire avait mis en évidence une protrusion discale d'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite et conflit radiculaire de la racine S1 à droite. Il avait également subi des investigations en neurologie, en raison du fait que pendant son hospitalisation en rhumatologie aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pendant trois semaines en septembre/octobre 2010, il avait développé à plusieurs reprises des malaises caractérisés par l'installation rapide d'un voile noir, d'une sensation de perte de connaissance et d'une chute avec perte de connaissance de quelques secondes. Il était également relevé un bégaiement, connu depuis l'enfance, légèrement plus important en français, et s'il était en situation de stress. Il avait également bénéficié de consultations en neurochirurgie et en cardiologie aux HUG. Son médecin traitant était le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale (ci-après : le médecin traitant généraliste).

2. Un rapport de clôture d'intervention précoce du 21 février 2012 mentionnait que le service de réadaptation avait mis en place des mesures d'intervention précoce, notamment un stage d'observation professionnelle aux Établissements publics pour l'Intégration (ci-après : EPI), qui avaient conclu que l'assuré n'était pas à même d'assurer un emploi dans un domaine quelconque au vu du nombre de limitations observées.

3. L'OAI avait ordonné une expertise rhumatologique confiée au docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, qui avait rendu son rapport le 17 décembre 2012; il retenait les diagnostics incapacitants de lombosciatique S1 droite irritative et déficitaire sur le plan sensitif et réflexe, hernie discale L5-S1 paramédiane droite et discopathie L4-L5 et L5-S1; sans répercussions sur la capacité de travail (ci-après : CT) : bégaiement congénital. En réponse aux questions posées, il avait notamment retenu les limitations fonctionnelles suivantes : limitation dans la capacité de porter ou soulever des charges de plus de 5 kg, pas d'activité en position de porte-à-faux avec le rachis lombaire, nécessité de pouvoir alterner les positions assise et debout toutes les 10 minutes, pas d'activité de marche prolongée (plus de 15 minutes d'affilée) notamment dans les escaliers ou en terrain irrégulier. L'activité habituelle d'ouvrier agricole n'était plus réalisable avec une incapacité de travail complète depuis le 8 septembre 2010. On pouvait estimer une CT exigible dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à un taux de 60 % à partir de mai 2012, date de son examen auprès du docteur E_____,

spécialiste FMH en rhumatologie, lequel observait dans son rapport l'absence de trouble moteur dans un contexte de lombosciatique droite uniquement irritative et déficitaire sur le plan sensitif. De septembre 2010 à mai 2012, la CT était nulle et cela, même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Quant au pronostic de l'atteinte, l'expert considérait qu'une amélioration modeste pourrait être objectivable ces prochaines années; il conviendrait de réévaluer le cas d'ici à deux ans afin de statuer sur une éventuelle augmentation de la CT dans une activité adaptée.

4. Dans un rapport du 10 décembre 2013, le médecin traitant généraliste avait conclu à l'aggravation de l'état de santé : une cervicarthrose et une uncarthrose cervicale se surajoutaient aux diagnostics existants.

5. Dans le cadre d'une nouvelle mesure de réadaptation professionnelle auprès des EPI, qui s'était déroulée de septembre au 8 décembre 2013, l'assuré s'était trouvé en arrêt de travail à 100 % du 12 novembre au 8 décembre 2013. Selon les conclusions du rapport de fin de mandat, les EPI estimaient qu'un travail simple et pratique, sans contrainte de rendement, pourrait être envisagé dans ses ateliers adaptés, afin de permettre à l'assuré de maintenir une vie sociale.

6. Dès le 9 septembre 2014, le Dr C_____ avait adressé son patient au docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : le psychiatre traitant).

7. Dans un rapport du 28 novembre 2014, le Dr F_____ retenait les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de lombosciatalgies et de cervicalgies, depuis 2010. L'assuré était en traitement auprès de lui dès le 9 septembre 2014 pour une durée indéterminée. Il n'y avait pas eu de suivi psychiatrique avant lui. Le patient, ouvrier agricole, avait développé un état dépressif sévère à la suite de douleurs lombaires l'ayant forcé à arrêter son travail. Il existait des éléments anxieux et dépressifs importants, le pronostic étant mauvais. En tant qu'ouvrier agricole, la CT était de 0 % dès 2010, pour une durée indéterminée. Les restrictions consistaient en des douleurs physiques et une symptomatologie anxiodépressive sévère rendant actuellement tout travail impossible. Le patient ne travaillait plus. Une réinsertion professionnelle aux EPI avait dû être stoppée en raison des douleurs en novembre 2013; l'état de santé se péjorait depuis lors.

8. Dans un avis du 24 février 2015, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) (doctoresse G_____) a rappelé que dans son dernier avis (7 janvier 2013), le SMR avait retenu une exigibilité de 0 % dans l'activité habituelle dès le 8 septembre 2010 et de 60 % dans une activité adaptée dès mai 2012. La suite de l'instruction montrait que l'assuré souffrait de cervicobrachialgies bilatérales, investiguées par le médecin traitant généraliste et le neurochirurgien. Il ressortait de la consultation du spécialiste (docteur H_____, spécialiste FMH, Privat Docent en neurochirurgie aux HUG) que les cervicalgies chroniques étaient

difficilement explicables, car les troubles dégénératifs étaient mineurs, l'examen clinique normal et l'IRM cervicale ne montrant pas de conflit disco-radiculaire ni d'atteinte de la moelle permettant d'expliquer les douleurs. Au vu de ce bilan négatif, la situation rhumatologique devait donc être considérée comme identique à ce qu'elle était lors du rapport final de janvier 2013; de ce point de vue, l'exigibilité dans une activité adaptée restait donc de 60 %. D'un point de vue psychiatrique, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif sévère, réactionnel aux douleurs, depuis septembre 2014. Le psychiatre traitant faisait état d'éléments anxieux et dépressifs importants, justifiant une incapacité totale de travail dans toute activité. Plusieurs traitements antidépresseurs étaient restés sans effet et le psychiatre avait dès lors introduit un traitement neuroleptique. Il existait donc une aggravation de l'état de santé, intéressant le volet psychiatrique, la situation n'étant pas encore stabilisée de ce point de vue. Il préconisait d'interroger à nouveau le psychiatre traitant dans le courant du mois d'avril 2015, en ajoutant au rapport intermédiaire une question supplémentaire concernant l'observance du traitement et notamment le monitoring sanguin à fournir, si le psychiatre traitant en disposait.

9. Le 8 juin 2015, le Dr F_____ a adressé un rapport médical intermédiaire à l'OAI. L'état de santé était resté stationnaire; il n'y avait pas de changement de diagnostic. Quant à l'évolution, il n'y avait pas d'évolution notable, hormis une discrète amélioration de l'anxiété depuis l'instauration du traitement d'Abilify depuis son dernier rapport du 28 novembre 2014. Traitement : psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI) à sa consultation avec des séances actuellement hebdomadaires et un traitement psychotrope (Abilify 2.5 mg/jour). Le pronostic était réservé compte tenu des pathologies multiples de l'assuré. Ce dernier avait pu intégrer depuis mai 2015 le programme multidisciplinaire individualisé du dos à l'hôpital de Beau-Séjour. Sur le plan psychologique et psychiatrique, il était suivi par Madame I_____(psychologue), et le docteur J_____, psychiatre FMH. Il produisait en outre le monitoring plasmatique de l'Abilify : les résultats de ce monitoring étaient compatibles avec la variabilité individuelle; en outre, le fait que le patient réponde favorablement, cliniquement du moins, sur l'anxiété était le principal argument à prendre en compte pour en évaluer l'efficacité.

10. Dans un nouvel avis, du 9 septembre 2015, le SMR (Dresse G_____) relevait notamment que sur le plan psychiatrique, l'assuré souffrait depuis 2010 d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, apparu dans le contexte des douleurs lombaires, et pour lequel le suivi spécialisé n'avait débuté qu'en septembre 2014 avec le Dr F_____. Ce trouble de la thymie n'avait jamais nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique, bien qu'il semble avoir été résistant aux différents traitements antidépresseurs. Le psychiatre ne notait pas d'évolution favorable depuis le début de sa prise en charge hebdomadaire, il y avait une année, hormis une discrète amélioration de l'anxiété sous traitement neuroleptique. Cependant, la description du status psychiatrique était sommaire, le médecin faisant état « d'éléments anxieux et dépressifs importants ». Il notait que le pronostic était

réservé compte tenu des pathologies multiples de l'assuré, sans préciser les limitations fonctionnelles strictement liées à l'atteinte psychiatrique. Dans ce contexte de dépression évoluant depuis cinq ans et de douleurs rhumatologiques chroniques, dont seule une partie trouvait une explication somatique, il y avait lieu de s'interroger sur l'existence d'un éventuel trouble somatoforme douloureux ou pathologies apparentées. Il proposait dès lors de demander un examen disciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR, qui permettrait d'évaluer la situation sous l'angle de la nouvelle jurisprudence de juin 2015.

11. L'examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR s'est déroulé le 29 avril 2016, pour le volet rhumatologique (docteur K_____) et le 25 juillet 2016 pour le volet psychiatrique (docteur L_____).

    Dans leur rapport du 28 juillet 2016, les examinateurs avaient retenu les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies droites dans le cadre de discopathies L4-L5, L5-S1 avec hernie discale paramédiane à ce dernier niveau (M54.4); et sans répercussions sur la CT : cervicalgies chroniques dans le cadre de discopathies de C3 à C6, avec uncarthrose prédominant en C4 et C5 du côté droit (M54.2), trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), et phobie spécifique isolée (F40.2). Dans le cadre de l'appréciation consensuelle du cas, les examinateurs relevaient notamment que les difficultés d'ordre social présentées par l'assuré consistaient en son absence de formation et sa situation de vie précaire (bénéficiaire de l'aide sociale). Les éléments recueillis dans le contexte psychosocial et la vie quotidienne démontraient que l'assuré avait conservé de bonnes ressources disponibles ou mobilisables, ainsi qu'une réelle autonomie dans la vie quotidienne : il était parti en vacances en juin, pendant trois semaines, au Kosovo, en avion, seul, pour retrouver sa famille; l'assuré précisait que ce séjour « s'est bien passé en famille », mais qu'il ne se sentait plus vraiment chez lui dans son pays d'origine. Par ailleurs, son réseau social était globalement conservé : quatre-cinq bons amis, qu'il voyait régulièrement; il voyait aussi régulièrement son frère aîné. L'assuré voyait aussi son épouse (dont il vivait séparé), toutes les semaines. Sur le plan psychiatrique, dans son rapport du 28 novembre 2014, le psychiatre traitant retenait le diagnostic psychiatrique d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques depuis 2010 (F32.2). Il considérait cet état dépressif sévère consécutif aux douleurs lombaires présentées par l'assuré. Dans son rapport du 8 juin 2015, le Dr F_____ considérait l'état comme stationnaire. Le diagnostic était inchangé. L'incapacité de travail attestée était totale dès 2010. Ce médecin constatait une discrète amélioration de l'anxiété depuis l'instauration du traitement par Abilify. Il ajoutait que depuis le début 2015, l'assuré avait intégré le programme multidisciplinaire du dos à Beau-Séjour, avec un suivi psychiatrique et psychologique. Le monitoring plasmatique était satisfaisant. Concernant ses plaintes actuelles, l'assuré déclarait qu'il n'était pas en bonne santé, qu'il ne pouvait plus travailler comme avant, à cause de ses problèmes de dos. Il ajoutait qu'il pensait beaucoup, car il n'était pas occupé durant la journée. L'examen psychiatrique (SMR 26 juillet 2016) objectivait un trouble anxieux et

dépressif mixte. L'assuré présentait en effet à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. En particulier, il n'y avait pas d'anxiété généralisée, en l'absence d'attente craintive et de tension motrice continue. Il n'y avait pas non plus de signe en faveur de l'existence de crises d'anxiété aiguë. Il existait par contre des ruminations anxieuses, qui pouvaient être à l'origine de réveils nocturnes. D'autre part, l'exploration de la thymie objectivait un discret abaissement de l'humeur. Mais les deux autres critères majeurs de la dépression étaient absents : il n'y avait pas de franche diminution de l'intérêt et du plaisir, et la réduction de l'énergie était à prédominance essentiellement vespérale (parfois matinale, si la nuit avait été difficile), et non d'origine dépressive. Par ailleurs, s'il existait une diminution de la confiance en soi, tous les autres critères mineurs de la dépression étaient absents; en particulier, il n'y avait pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assuré espérait reprendre une activité compatible avec ses problèmes de santé), pas d'idéation suicidaire exprimée, pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive ni de diminution de l'appétit. Enfin, seul un symptôme du syndrome somatique de la dépression était présent : une diminution marquée de la libido. Le diagnostic retenu de trouble anxieux et dépressif mixte ne présente, par définition, pas de caractère incapacitant. L'assuré ayant précisé dans l'anamnèse psychiatrique que le suivi spécialisé dont il bénéficiait depuis septembre 2014 était une aide qui le soulageait un peu (« une goutte d'eau »), on devait dès lors considérer qu'il n'y avait pas eu d'amélioration significative de son état clinique, et que cet état était quasiment inchangé depuis le début de la prise en charge. À la lumière de l'examen du jour, les examinateurs étaient donc conduits à contester le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par le Dr F_____ dans ses rapports médicaux susmentionnés. Sur le plan psychiatrique, les examinateurs considéraient qu'il n'y avait donc jamais eu d'incapacité de travail durable. Le deuxième diagnostic retenu à l'examen du jour était une phobie spécifique isolée : il s'agissait d'une acrophobie - peur des endroits élevés. Ce diagnostic ne présentait pas de caractère incapacitant. On devait considérer que le traitement était conduit *lege artis* et que la coopération de l'assuré était bonne. En l'absence de diagnostics incapacitants, il n'y avait pas d'options thérapeutiques alternatives à proposer. Sur le plan strictement psychiatrique, la question du pronostic tombait, de même que celle de l'aptitude à suivre des mesures de réinsertion, aptitude qui était entière sur le plan médicothéorique. Enfin, ils n'avaient pas noté de divergences majeures entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes de l'assuré. Les examinateurs retenaient les limitations fonctionnelles suivantes : colonne lombaire : pas de port de charges répétitif au-delà de 10 kg, occasionnel au-delà de 15 kg, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de rotation, flexion-extension, position assise au-delà de 45 minutes, position debout statique au-delà de 15 minutes, marche au-delà de 45 minutes.

Sur le plan rhumatologique, ils ont notamment observé que par rapport au moment de l'expertise rhumatologique du Dr D_____, du 17 décembre 2012, il n'était pas constaté d'aggravation au niveau lombaire. Il y avait même une discrète amélioration de la flexion lombaire, avec un Schober passant de 14 à 15 cm. La position assise était mieux tolérée, l'expert limitant cette position à 10 minutes dans les limitations fonctionnelles alors que l'assuré déclarait actuellement pouvoir rester au moins 45 minutes dans cette position; l'amélioration de la tolérance de la position assise était confirmée à l'examen du jour. Le port de charges et le temps de marche s'étaient également améliorés. Des déplacements lents et un déshabillage précautionneux en épargne lombaire lors de l'expertise du Dr D_____ n'étaient plus présents actuellement. En revanche les examinateurs constataient une diffusion des douleurs sur toute la colonne vertébrale, avec des signes comportementaux de Waddel qui passaient de 0 à 4/5. En l'absence de signes cliniques objectifs d'aggravation de l'état de santé, il n'avait pas été nécessaire de refaire un bilan radiologique. Malgré des limitations moins restrictives actuellement, l'activité d'ouvrier agricole n'était toujours pas exigible, étant donné les fortes contraintes mécaniques exercées sur la région lombaire lors de ce travail. Au niveau cervical, l'atteinte dégénérative était de peu de gravité. La mobilité de la colonne cervicale était conservée. Il n'y avait pas de signes neurologiques. Dans son rapport du 30 septembre 2014, le Dr H_____ (neurochirurgien) relevait également que les troubles dégénératifs de la colonne cervicale étaient mineurs. Dans leur rapport du 17 décembre 2014, les docteurs M_____ et N_____ indiquaient qu'une grande partie des douleurs était probablement due à un déséquilibre et à une dysfonction musculaire. Cela correspondait aussi à une atteinte de peu de gravité. Actuellement, la discopathie et l'uncarthrose cervicale ne justifiaient pas de limitations fonctionnelles. Toutefois les atteintes dégénératives s'aggravaient généralement au cours du temps. Compte tenu du jeune âge de l'assuré, en cas d'orientation professionnelle, il y avait lieu d'opter pour un travail peu contraignant pour la colonne cervicale, c'est-à-dire évitant les activités prolongées en hauteur, posture statique de la colonne cervicale, les mouvements répétitifs en flexion-extension rotation de forte amplitude. Malgré les douleurs alléguées par l'assuré, ce dernier gardait de bonnes ressources physiques. Il effectuait plusieurs fois par jour des marches de 30 à 45 minutes. Il maintenait un bon réseau social. Il voyageait, se rendant au Kosovo une à deux fois par année. L'examen clinique du jour mettait en évidence de nombreuses incohérences avec une boiterie à la marche plus marquée en phase d'examen qui disparaissait une fois celui-ci terminé; des troubles de la sensibilité sur l'ensemble de l'hémicorps droit, sans trajet radiculaire précis et avec une persistance des modalités fines de la sensibilité. À cela s'ajoutaient des signes comportementaux de Waddel à 4/5, des douleurs radiculaires irritatives de type S1 mais tronquées car ne dépassant pas la cheville. Les plaintes de l'assuré s'expliquaient partiellement par l'atteinte somatique. Une amplification des symptômes était présente, qui représentait un risque d'échec majeur pour les mesures d'ordre professionnel. Dans leur rapport du 17 décembre 2014, les

Drs M_____ et N_____ relevaient également un impact important de facteurs psychosociaux sur la situation du patient. À noter que les rachialgies mentionnées par le généraliste traitant dans son rapport du 18 août 2014 n'étaient pas décrites par l'assuré lors de l'examen du jour. L'examen ne mettait pas en évidence de rachialgies, mais uniquement des cervicalgies. Il était vraisemblable que si un traitement chirurgical de la hernie discale avait pu être effectué au début des douleurs, le syndrome irritatif aurait pu être résolu. Malgré les propositions des médecins, l'assuré avait toujours refusé cette intervention.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostics incapacitants, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail durable. S'agissant de l'évolution de l'incapacité de travail, dans l'activité habituelle il y avait une incapacité de 100 % depuis le 8 septembre 2010 suite à la lombosciatalgie sur hernie discale L5-S1. Concernant la CT exigible, elle était déterminée sur le plan rhumatologique par la lombosciatalgie irritative dans le cadre d'une hernie discale L5-S1 droit. S'agissant du pronostic : l'amplification des symptômes représente un risque d'échec majeur pour des mesures d'ordre professionnel. Sur le plan psychiatrique, la reprise d'une activité professionnelle aurait un effet tout à fait positif sur l'humeur et les ruminations anxieuses de l'assuré. Toutefois, les examinateurs se ralliaient aux réserves émises par le médecin rhumatologue. Au final, les examinateurs considéraient que la CT exigible était de 0 % dans l'activité habituelle d'ouvrier agricole, mais de 75 % dans une activité adaptée, ceci depuis le 29 avril 2016, en raison de l'amélioration des capacités physiques par rapport au moment de l'expertise rhumatologique de 2012; mais en l'absence de documents médicaux antérieurs objectivant cette amélioration, l'incapacité de travail de 25 % dans une activité adaptée débutait le jour de l'expertise.

12. Dans un avis du 20 septembre 2016, le SMR (Dresse G_____) a considéré que l'examen bidisciplinaire réalisé par le SMR le 28 juillet 2016 remplissait les critères de qualité nécessaires et ses conclusions pouvaient être suivies. Le SMR a donc repris à son compte les conclusions des experts et en conclusion a considéré que l'incapacité de travail restait entière dans l'activité habituelle depuis le 8 septembre 2010; dans une activité adaptée, la CT était de 60 % de mai 2012 au 28 avril 2016, et de 75 % dès le 29 avril 2016. Depuis cette date, les limitations fonctionnelles étaient celles retenues par les examinateurs du SMR.

13. Par décision du 8 décembre 2016, reprenant, après audition, les conclusions d'un projet d'acceptation de rente du 5 octobre 2016, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité entière, mais limitée dans le temps, soit du 1er novembre 2011 au 31 juillet 2012. Cette décision est entrée en force, n'ayant pas fait l'objet d'un recours.

14. Le 27 août 2018, l'assuré, représenté par son conseil, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Les atteintes à la santé étaient d'ordre somatique (douleurs au dos – neuro-fibromyalgie avec sièges multiples –) et psychiatrique, documentées par le rapport du Dr F_____ du 6 juillet 2018.

Le psychiatre traitant, répondant aux questions que lui posait le mandataire de l'assuré, a indiqué suivre ce patient depuis le 4 septembre 2014, à une fréquence restant variable. Depuis son précédent rapport, les diagnostics avaient changé; il retenait actuellement : - un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2, selon la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé [OMS], CIM-10); - une phobie sociale (F40.1); état de stress post-traumatique (F43.1) avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité (F62.0); - une neuro-fibromyalgie avec sièges multiples (M79.70). L'évolution de l'état de santé était défavorable. L'état de santé s'était aggravé depuis le début du traitement. Les traitements prescrits étaient : Abilify, Lexotanil, Trittico, dans le passé. Actuellement, Cymbalta 30 mg/j. et Sanalepsi de 20 à 40 gouttes/j. À ces médicaments s'ajoutaient ceux prescrits par le généraliste traitant (Dafalgan, Voltarène, Arcoxia et Tramal). Le patient présentait les limitations liées à ses graves psychopathologies décompensées soit : une vulnérabilité augmentée au stress, des troubles cognitifs, une perte d'énergie et une fatigabilité ainsi que les douleurs, entre autres. Il présentait également des limitations - en constante augmentation – liées à son traitement médicamenteux. S'il était difficile de se prononcer sur une CT antérieure au suivi de sa consultation, actuellement et depuis au moins un an, le patient présentait, même pour une activité adaptée, une incapacité de travail de 100 %. Le pronostic quant à un retour à une CT était sombre, y compris pour les différents troubles psychiques. Ce pronostic était d'autant plus sombre que l'assurance-invalidité refusait de reconnaître l'atteinte à la santé; une reconnaissance par l'OAI des différentes atteintes à la santé pourrait, entre autres, soulager la souffrance morale du patient.

15. Le Dr C_____ a rempli un questionnaire médical le 18 septembre 2018 : le début de la longue maladie remontait au 8 septembre 2010; la CT exigible dans l'activité d'ouvrier agricole était de 0 %; quant à la CT dans une activité adaptée en raison de limitations fonctionnelles physiques et psychiques, il ne s'est pas prononcé, observant que son patient avait été, par le passé, en stage de réadaptation, qui avait dû être interrompu. La fréquence des consultations était mensuelle. S'agissant des antécédents médicaux et l'évolution de la situation du patient, il a rappelé les problèmes déjà connus (hernie discale L5-droite [septembre 2010], lombalgies récurrentes rachialgies, cervicalgies, spondylose cervicale, dépression récurrente bégaiement constitutif) en ajoutant : stress post-traumatique. En termes de diagnostics incapacitants, il a mentionné une impotence fonctionnelle ayant conduit (« → ») à une dépression sévère et à un stress post-traumatique (il n'a pas précisé de dates de diagnostics); quant aux diagnostics sans incidence sur la CT, il a retenu une hyperparakératose labiale en septembre 2015, un bégaiement, une lipothymie, une hypotension orthostatique/malaises 2018, une rhinite allergique depuis 2015; quant au pronostic sur la CT, il était mauvais; dans les mesures qu'il envisageait pour la suite, il retenait un suivi psychothérapeutique et proposait une réévaluation des possibilités de réinsertion professionnelle du patient dans une activité adaptée à son handicap; il a confirmé qu'il existait des limitations fonctionnelles, sans

préciser lesquelles, tout en relevant que les exigences de la profession d'ouvrier agricole impliquaient des contraintes physiques extrêmes (position, force,…). S'agissant de savoir si son patient disposait de ressources utiles à sa réinsertion, il a répondu qu'il ne pensait pas mais, à voir avec un bilan spécialisé; il précisait néanmoins qu'à son avis on pourrait raisonnablement attendre du patient une CT de deux heures par jour dans une activité adaptée, les facteurs faisant obstacle à une réadaptation étant la douleur et le psychisme/traumatisme passé. Il indique en guise de remarques finales que, comme il l'avait précédemment écrit, le patient avait toujours été correct et loyal.

16. Par courrier du 19 octobre 2018, le psychiatre traitant a répondu aux questions complémentaires posées par l'OAI : s'agissant des diagnostics retenus et leur classification selon la CIM-10, il a confirmé les indications figurant dans son courrier du 6 juillet 2018. Invité à fournir une anamnèse la plus détaillée possible, il a indiqué que l'assuré présentait de multiples pathologies et psychopathologies investiguées depuis de nombreuses années par l'OAI sans jamais qu'il n'y ait eu de décision adaptée à sa situation. L'évolution de ses psychopathologies en l'absence de décision adaptée était défavorable. S'agissant de fournir un status psychiatrique détaillé (constatation objective lors de ses consultations), il a indiqué que le patient était toujours ponctuel à ses rendez-vous; la tenue et l'hygiène corporelle étaient correctes; le patient se présentait effacé, complètement épuisé, parlant sur un ton de voix faible et plaintif avec une incapacité totale à se projeter dans une activité professionnelle, et une grande lassitude. L'anxiété et la colère étaient bien perceptibles et particulièrement quand il évoquait son futur, alors qu'il ressentait qu'il avait quasi tout perdu : sa santé, ses forces, son élan vital, son activité professionnelle, son cercle d'amis, la bonne cohésion de son couple. Il présentait également le sentiment d'être incompris et abandonné par la société en général et par l'assurance-invalidité en particulier; idéations suicidaires, par intermittence; et la majeure partie des critères de la dépression était bien présents. Quant au déroulement d'une journée-type, le patient se réveillait vers sept heures, souvent après une mauvaise nuit. Le reste de la journée pouvait varier en fonction de ses possibilités. En général, il essayait de marcher le plus possible, en espérant faire diminuer ses multiples douleurs; toutes les activités du patient étaient gravement impactées par ses handicaps. Invité à indiquer la répercussion de l'atteinte à la santé invoquée dans les domaines courants de la vie, le psychiatre traitant indiquait que l'impact des différentes pathologies du patient dans les domaines courants était important. S'agissant des ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles l'assuré pouvait compter, il a indiqué qu'il n'avait plus aucun réseau social et qu'il avait même perdu le contact avec son frère qui vivait aussi à Genève. Il a indiqué que toutes les atteintes psychiatriques retenues avaient un impact sur la CT, le patient n'étant plus en mesure de travailler, et ce depuis des années. Les limitations fonctionnelles liées à ces atteintes incapacitantes étaient : fatigabilité extrême, irritabilité, perte d'intérêt, troubles cognitifs majeurs, douleurs physiques, désespoir avec des pleurs, anxiété de fond avec des moments plus paroxystiques. D'un point

de vue strictement psychiatrique, la CT du patient dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles était nulle (0 %) : des essais de réinsertion avaient déjà été tentés, et s'étaient soldés par des échecs cinglants. En termes d'évolution de l'état de santé, il n'y avait pas d'évolution : seule une rente AI pourrait amener un peu de sécurité et de réassurance chez le patient, ce qui pourrait participer à une évolution favorable, dans un deuxième temps. L'observance thérapeutique était excellente. Enfin, aucune pièce médicale n'était nécessaire pour étayer ses considérations, étant précisé par rapport aux questions posées à ce sujet, qu'il n'y avait pas de toxicodépendance. En guise de remarques finales, il souhaitait souligner que ce rapport ne pouvait pas être exhaustif et qu'il n'était pas possible de se baser uniquement sur celui-ci pour prendre une décision.

17. Dans un avis du 11 mars 2019, le SMR a considéré que, sur la base du rapport médical du psychiatre (automne 2018), il n'était en l'état pas possible de se positionner sur l'évolution de l'état psychique de l'assuré depuis la dernière décision : il était nécessaire de demander à ce praticien un descriptif de cette évolution.

18. Par courrier du 2 mai 2019, le psychiatre traitant, répondant à la demande de l'OAI, a exposé, en guise de description de l'évolution de son patient, que sa situation médicale avait évolué défavorablement depuis 2010 et l'apparition de ses troubles physiques et psychiques connus, et ne cessait de s'aggraver comme, malheureusement, on pouvait l'imaginer. Il répétait « une fois de plus » que le patient était totalement incapable de travailler et ne travaillait plus depuis 2010, et que les troubles psychiques étaient restés décompensés malgré les traitements; une rente AI, après les échecs cinglants de réinsertion par l'OAI, pourrait contribuer et faire partie intégrante d'un traitement adéquat de la souffrance physique et morale de l'assuré.

19. Le SMR a relevé dans un avis du 28 mai 2019 que le psychiatre traitant n'apportait aucune information sur les changements éventuels de l'état psychique de l'assuré. Il confirmait que pour lui la CT était nulle depuis 2010 soit avant la dernière évaluation (recte : décision en force) de l'OAI. Le service médical ne disposait à l'heure actuelle d'aucun élément médical objectif permettant de remettre en cause ses conclusions précédentes.

20. Par courrier du 29 mai 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision concluant au refus d'augmentation du degré d'invalidité; sa demande de réévaluation de son degré d'invalidité était rejetée.

21. L'assuré a directement saisi la chambre de céans d'un recours contre cette « décision », indiquant que son atteinte à la santé l'empêchait d'avoir une activité dans le monde de l'économie réelle, et ce malgré ses efforts et malgré ses différents traitements auprès de ses médecins traitants et de son physiothérapeute. En outre, son état de santé s'était encore dégradé depuis la dernière évaluation de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.

Ce recours, manifestement prématuré, a été retiré par l'assuré par courrier du 5 juillet 2019 (ATAS/649/2019 du 9 juillet 2019 dans la cause A/2428/2019).

22. Parallèlement, par courrier du 3 juillet 2019 à l'OAI, le Dr C_____ a réitéré son appréciation de l'état de santé de son patient, corroborant les conclusions des rapports de stage aux EPI (2012 et 2013) concluant à une incapacité médicale physique de l'assuré à retrouver une capacité de gain autonome, et qu'en l'état aucun travail n'était adapté à la pathologie du patient, rappelant les éléments et constatations déjà connus au moment de la décision de l'OAI de 2016, en indiquant que l'état de santé du patient n'avait cessé de se dégrader malgré un suivi spécialisé tant sur le plan physique (antalgie et rééducation) que psychiatrique. Il réitérait que depuis lors la situation du patient tant du point de vue physique mais surtout psychologique n'avait cessé de se détériorer et était devenu critique, l'intéressé restant médicalement incapable de travailler.

23. Par décision du 8 juillet 2019, l'OAI a repris intégralement le contenu du projet de décision qu'il avait adressé à l'intéressé le 29 mai 2019; considérant que les objections formulées par courrier du 26 juin 2019 adressé à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice et par l'intermédiaire du Dr C_____ (courrier du 3 juillet 2019), ne contenaient aucun élément médical nouveau, les éléments produits ne permettant pas de modifier sa précédente appréciation, l'OAI a rejeté la demande de réévaluation du degré d'invalidité présentée le 27 août 2018 : par décision du 8 décembre 2016, l'OAI avait octroyé une rente d'invalidité limitée au 31 juillet 2012; depuis cette période son degré d'invalidité était inférieur à 40 %.

24. Par courrier du 12 juillet 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision susmentionnée. Il a conclu implicitement à l'annulation de la décision entreprise. Son atteinte à la santé continuait à se dégrader, malgré tous les efforts qu'il a consentis pour que son état de santé ne se dégrade pas et s'améliore. Il était appuyé dans sa démarche (recours) par l'ensemble de son réseau de soins (Drs C_____ et F_____, et M. O_____, [physiothérapeute]) ainsi que par l'Association suisse des assurés. Lors de l'instruction du dossier, il pourrait être constaté que les conclusions de certains experts mandatés par l'OAI ne semblaient pas avoir été prises en compte. Il relevait enfin qu'il n'avait pas pu avoir accès à l'entier de son dossier de l'OAI, en raison du refus de l'office.

25. L'intimé a répondu au recours par courrier du 8 août 2019. Il a conclu à son rejet. Le recourant se plaignait principalement d'une instruction lacunaire de son dossier, du fait que son état de santé, qui continuait à se dégrader, selon lui, n'aurait pas été pris en compte par l'office. L'assuré avait introduit une première demande en 2011, suite à des problèmes rhumatologiques et psychiques. Une expertise bi-disciplinaire avait alors été réalisée, retenant une atteinte rhumatologique incapacitante, mais écartant une incapacité de travail liée aux troubles psychiques. Par décision du 12 (recte : 8) décembre 2016, une rente entière limitée dans le temps lui avait été accordée, du 1er novembre 2011 au 31 juillet 2012. Il avait déposé une nouvelle demande de prestations par courrier reçu le 27 août 2018, accompagnée d'un

rapport du Dr F_____ du 6 juillet 2018. Une procédure de révision avait été ouverte. Sur le plan psychiatrique, les rapports du psychiatre susnommé des 28 novembre 2014 et 8 juin 2015, déjà pris en compte dans l'expertise bidisciplinaire du 25 juillet 2016, retenaient les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis 2010 (première consultation le 9 septembre 2014), à la suite des douleurs lombaires. Dans son rapport du 6 juillet 2018, le psychiatre traitant indiquait que les diagnostics avaient changé depuis le précédent rapport : il retenait en plus d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2) des phobies sociales (F40.1), un état de stress post-traumatique (F43.1) avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité (F62.0) et une neuro-fibromyalgie avec siège multiple (M79.70). Il indiquait que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le début du traitement (première consultation le 9 septembre 2014); il retenait les limitations suivantes : selon lui, le patient présentait les limitations liées à ses graves psychopathologies décompensées, soit une vulnérabilité augmentée, des troubles cognitifs, une perte d'énergie et une fatigabilité ainsi que des douleurs, entre autres. Il présentait également des limitations liées à son traitement médicamenteux complexe. Ces limitations étaient en constante augmentation. Il attestait une CT nulle dans toute activité. Conformément à l'avis du SMR du 11 mars 2019, une description détaillée de l'évolution de l'état de santé psychique de l'assuré depuis 2010 avait été demandée au psychiatre traitant, qui s'était toutefois contenté de répondre (courrier du 2 mai 2019) que la situation avait évolué défavorablement et que les troubles de l'assuré seraient bien connus de l'office. Selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique supposait d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu; le psychiatre traitant retenait un état de stress post-traumatique avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité, sans toutefois apporter un quelconque élément objectif justifiant ce diagnostic. Pour rappel, selon la CIM-10, les symptômes typiques du stress post-traumatique comprennent la reviviscence répétée d'un événement traumatique. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble pouvait varier de quelques semaines à quelques mois. La situation était fluctuante, mais allait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble pouvait présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner des modifications durables de la personnalité (F62.0). L'aggravation de l'état de santé alléguée par le psychiatre traitant était vraisemblablement liée au mandat thérapeutique, dont la jurisprudence rappelle les caractéristiques, et dont le juge doit tenir compte pour apprécier la valeur probante de ces avis médicaux. Dans le cas particulier, les diagnostics retenus par le psychiatre n'étaient pas corroborés par l'analyse des critères de la CIM-10 et partant, ne pouvaient être retenus. C'était dès lors à juste titre que le SMR avait retenu dans son avis du 28 mai 2019 qu'aucun élément médical objectif ne permettait de démontrer l'existence d'une aggravation de l'état de santé. Une analyse complète du dossier amenait l'intimé à considérer qu'aucun

élément objectif ne permettait de reconnaître l'existence d'un motif de révision : la CT demeurait nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier agricole et une CT de 75 % existait dès le 29 avril 2016 dans une activité adaptée. Quant au refus d'accès à son dossier AI : suite à la demande du 22 mars 2019 formulée par le psychiatre traitant, accompagnée d'une autorisation du recourant, le CD contenant la totalité du dossier AI en l'état, avait été transmis au psychiatre le lendemain de la réception de sa requête, et aucune demande ultérieure n'avait été adressée à l'OAI.

26. Le 26 août 2019, le psychiatre traitant a spontanément adressé à la chambre de céans un bref certificat médical à teneur duquel il certifiait que le recourant avait une nouvelle fois été examiné à sa consultation du même jour : il continuait à présenter une péjoration de son état de santé; malgré des efforts au-dessus de ses forces pour essayer de travailler et une compliance parfaite à ses traitements, il présentait une incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle, tant sur le plan somatique que psychique.

27. Désormais représenté par un conseil, l'assuré a répliqué par courrier du 8 octobre 2019. Il observait que le 3 juillet 2019, soit avant que ne soit rendue la décision litigieuse, le Dr C_____ indiquait que l'assuré avait été suivi auprès du programme Prodige des HUG, dont les conclusions étaient encore inconnues. De plus, l'OAI reprochait à l'assuré le manque d'informations objectives médicales devant être données par son psychiatre traitant, bien que son généraliste traitant confirmait l'aggravation de son état de santé. L'intimé ne pouvait remettre en doute le diagnostic retenu par le spécialiste sur simple constat qu'il existait un lien thérapeutique entre le médecin et son patient. Enfin, ce n'était pas encore parce que le psychiatre traitant n'expliquait pas suffisamment, pour l'OAI, les symptômes qui l'avaient amené au diagnostic, que ceux-ci n'existent pas. C'est alors de manière arbitraire que l'OAI avait refusé de constater l'aggravation de l'état de santé du recourant. En conséquence, il persistait dans ses conclusions en annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité en raison de l'aggravation de son état de santé ou, subsidiairement à ce que le dossier soit retourné à l'intimé pour complément d'instruction.

28. L'intimé a dupliqué par courrier du 4 novembre 2019. Il persistait dans ses conclusions. Contrairement à ce qu'indiquait le conseil du recourant, l'office ne remettait pas en doute le diagnostic retenu par le psychiatre traitant du fait du lien thérapeutique avec son patient. En revanche, c'étaient les réponses lacunaires du médecin, des diagnostics posés sans respecter les règles de l'art et les critères généralement admis par la CIM-10, ainsi qu'une absence crasse d'éléments objectifs fondant certains diagnostics, et ceci même après la demande de précisions et de détails par l'office, qui amenaient ce dernier à constater que le lien thérapeutique avait selon toute probabilité joué un rôle important dans les rapports du psychiatre : en relation avec les diagnostics retenus par ce praticien dans son rapport du 19 octobre 2018, aucun élément objectif ne venait corroborer lesdits diagnostics, qui étaient simplement énoncés par le médecin. À titre d'exemple, à la question de

savoir quelle était la répercussion de l'atteinte dans les domaines courants de la vie, le psychiatre répondait : « l'impact des différentes pathologies chez votre assuré dans les domaines courants de la vie est important ». À la question de l'impact de l'atteinte psychiatrique sur la CT, le médecin répondait : « votre assuré n'est plus en mesure de travailler et ce, depuis des années ». L'état de stress post-traumatique, retenu par le psychiatre, était posé sans même que soient précisées quelles situations de vie auraient pu provoquer un tel état, ni encore le détail des éléments médicaux qui pourraient le fonder.

29. Réagissant à la duplique de l'intimé, le conseil du recourant à transmis à la chambre de céans, par courrier du 18 novembre 2019, l'original d'un courrier que le psychiatre lui adressait en date du 17 novembre 2019, par lequel le Dr F_____ souhaitait actualiser son compte rendu par rapport à son patient, et observait ce qui suit, en relation avec la duplique de l'intimé : il n'avait tout d'abord jamais prétendu rendre des rapports d'expertise avec force détails à l'OAI, mais simplement répondre à sa demande de renseignements en tant que médecin traitant du patient depuis maintenant plus de cinq ans. Il réfutait les considérations du service juridique de l'intimé lorsqu'il affirmait que sous prétexte qu'il suivrait son patient depuis plusieurs années, cela influencerait sa capacité à poser des diagnostics. Les diagnostics retenus à ce jour étaient donc les suivants : - trouble dépressif récurrent depuis l'arrêt forcé de son travail en 2010 pour des raisons physiques, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2); – modifications durables et irréversibles de la personnalité dans le contexte de maladies somatiques dégénératives, chroniques, incapacitantes et douloureuses ainsi qu'au décours de troubles anxiodépressifs chroniques (F62.8); – phobies sociales (F40.1); – état de stress post-traumatique avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité suite à un empoisonnement des élèves de son école par une substance chimique alors qu'il était scolarisé au Kosovo, et dans le contexte de guerre de l'ex-Yougoslavie (F62.0).

30. L'intimé a répondu au courrier précédent et à son annexe, par lettre du 2 décembre 2019. Il persiste intégralement dans ses conclusions. Le rapport transmis par le conseil du recourant comportant les mêmes indications que les multiples pièces déjà versées au dossier, ce document ne permettait pas de modifier la position de l'office. Bien que le Dr F_____ indiquait suivre le patient depuis plus de cinq ans - il avait déjà produit des rapports notamment en 2014 et 2015 dans le cadre de la demande précédente - le diagnostic d'un état de stress post-traumatique, avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité, n'était apparu qu'en juillet 2018, alors qu'il s'agit a priori d'une atteinte grave et durable. Dans son rapport du 17 novembre 2019, le psychiatre traitant évoquait un épisode d'empoisonnement des élèves, dans l'école de l'assuré, pour évoquer son vécu traumatisant. Dans le cadre de l'examen clinique psychiatrique (rapport du 28 juillet 2016), l'expert (Dr L_____) avait noté ce qui suit quant aux indications de l'assuré : « l'assuré décrit une bonne ambiance familiale durant son enfance. L'entente était

bonne tant entre les frères et sœurs qu'avec les parents. L'assuré signale que sa famille était d'origine modeste, mais qu'il y régnait une bonne harmonie. Aucune violence ne s'était exercée au sein de la famille. Par contre, l'assuré avait assisté à des violences contre sa communauté (professeurs, voisins, tabassés par la police pour des raisons politiques). L'assuré précise que parfois ces souvenirs reviennent et il ajoute "surtout quand je vais là-bas". Nous noterons à ce propos qu'il n'y a donc ni reviviscences envahissantes, ni conduites d'évitement » (rapport d'expertise cité, p. 6).

31. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 14 septembre 2020, le recourant étant assisté de son conseil et de son psychiatre traitant, ainsi que d'une interprète en langue albanaise.

Le recourant a déclaré : « …, la nouvelle demande de prestations déposée en 2018 a essentiellement été motivée par une aggravation de mon état de santé pour motifs psychiques. Toutefois, j'aimerais dire que mes maux de dos se sont aggravés aussi, il y a de cela deux mois, j'ai subi une IRM. Vous me faites observer toutefois que cette aggravation, s'il en est, est postérieure à la décision du 8 juillet 2019 contre laquelle je recours. C'est exact. S'agissant de l'aggravation de mon état psychique, vous me demandez en quoi mon état se serait aggravé depuis la décision de 2016. Je vous explique que j'ai de plus en plus de mal à dormir. Je situe ces difficultés à partir du moment où je n'ai plus eu de travail. À l'époque où j'avais encore du travail, j'allais me coucher vers 10h et je me réveillais à 6h. Je vous explique comment se déroule une journée type. Je me réveille vers 8h, mais cela peut être variable (cela peut aussi être à 6h ou à 7h). Je commence par faire des exercices que mon physio m'a prescrits, pour muscler le dos et m'assouplir. Ensuite, je vais faire quelques courses à la Migros. Ensuite je reviens chez moi et je me prépare un petit-déjeuner. Ensuite, cela dépend des jours : certaines fois, des amis qui travaillent dans le quartier m'invitent à les rejoindre pour aller prendre un café pendant leur pause. D'autres fois, j'ai des rendez-vous chez le médecin ou le physio. Ces derniers temps toutefois, depuis que mon dos me fait plus souffrir, je passe plus de temps au lit. Pour revenir à mes difficultés de sommeil, j'explique que cela est dû au stress. Pendant que je travaillais, de 1999 à 2004, je ne me suis jamais arrêté de travailler, je ne prenais pas de vacances sauf des jours de congé isolés comme le Jeûne genevois, par exemple. Et donc lorsque j'ai dû m'arrêter de travailler, cela n'allait plus. J'ai en effet le sentiment d'être isolé du monde dans lequel je vivais; j'avais beaucoup d'amis, et ainsi j'en ai perdu, mais maintenant, j'en conserve quelques-uns, mais ce sont des amitiés de bonne qualité. Je les vois fréquemment. Nous discutons de tous sujets. Vous me demandez si je suis toujours dans les mêmes dispositions au sujet de ma volonté de retrouver un travail. En effet, si j'en avais la possibilité, je travaillerais volontiers. D'ailleurs, à l'époque, mon médecin traitant (Dr C_____) m'avait aidé à trouver des stages, dans le contexte de la première demande AI. Malheureusement, lorsqu'on m'a dit après un mois et demi qu'il fallait que je rentre chez moi parce qu'on ne pouvait rien faire pour moi, j'ai eu

l'impression que le ciel me tombait sur la tête. Pour être précis et pour utiliser une expression purement albanaise, nous parlons de "plafond" plutôt que de ciel, mais c'est tout à fait l'idée. (Sur question) : il y a eu une époque où je retournais régulièrement dans mon pays, car ma mère était peu bien. J'y retournais environ 2 à 3 fois par année depuis 2012; mais en 2018, ma mère allait un peu mieux, alors je n'y suis plus retourné, d'autant que mes finances ne me le permettaient pas vraiment. Depuis ce moment-là, je communique avec elle par téléphone uniquement. Lorsque je me rendais au Kosovo, je ressentais des difficultés, moralement, car j'avais le sentiment d'être un étranger dans ce pays, sauf bien entendu dans le milieu familial restreint. (Sur question de son conseil) : par rapport à ce que j'ai décrit de mes journées-type tout à l'heure, il y a des jours où je ne me sens pas bien. Alors je reste pratiquement toute la journée au lit, et je dois prendre des médicaments pour dormir. Dans ces moments, je ne dors pas pendant des durées prolongées. Dans ces moments, je repense à la période où je travaillais et c'était comme le jour et la nuit. Mon conseil me demande ce qu'il en est de ma relation avec ma femme. Cela n'a rien à voir avec mes changements de moral. Nous sommes actuellement séparés. Je m'étais marié en 2012 et en 2014, elle est partie. Elle a voulu rentrer en France pour revivre dans son pays d'origine car elle était atteinte d'un cancer. J'ai toujours des contacts avec elle. Je la revois de temps en temps. Elle vit à environ 300 km d'ici. Au début, elle habitait moins loin. Lorsque je ne me sens pas bien, je m'efforce tout de même de sortir, pas très longtemps mais plusieurs fois par jour car je ne pourrais pas supporter de rester enfermé. Mon avocate me demande quel est le pourcentage de jours où je me sens mal par rapport à ceux où je me sens bien. Il y a des semaines, surtout ces 2 derniers mois, où cela représente le nonante pour cent des jours ».

Me ARCE a demandé à la chambre de céans d'examiner la possibilité de mettre sur pied une nouvelle expertise psychiatrique.

32. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le 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 droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis la dernière décision de l'assurance-invalidité entrée en force, du 8 décembre 2016, qui avait reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité entière, mais limitée dans le temps, soit du 1er novembre 2011 au 31 juillet 2012.

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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

   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).

5. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants

(ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 412 consid. 2b; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 précité consid. 2.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

c. L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS, 2003, p. 396 ch. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a).

d. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Si elle constate que les

circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.3.2) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et ATF 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

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

7. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

8. L'examen des indicateurs standards est toutefois superflu 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).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. 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; ATF 115 V 133

consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

10. 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).

11. 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.

12. 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).

13. 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).

14. 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).

15. En l'espèce, l'administration étant entrée en matière, ce point n'est pas litigieux, de sorte que la chambre de céans n'a pas à examiner comment l'OAI a tranché cette question. Au vu de la jurisprudence citée précédemment, il s'agit de déterminer, si dans le cas particulier, l'OAI a bien instruit tous les aspects médicaux et juridiques pour s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré était effectivement survenue, ceci en comparant les circonstances existant lorsque la nouvelle décision a été prise, avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente (8 décembre 2016) est entrée en force, pour apprécier si dans l'intervalle une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente était intervenue.

16. a. Comme rappelé précédemment, l'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir. Ainsi, le fait d'admettre comme plausible une possible aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision en force n'exclut pas qu'aux termes de l'instruction plus poussée, que l'administration doit entreprendre après être entrée en matière, celle-ci aboutisse en définitive à la conclusion que la modification (ici l'aggravation) de l'état de santé depuis la dernière décision en force ne soit en réalité, - et ceci au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales -, pas survenue.

b. La nouvelle demande de prestations, du 27 août 2018, indiquait selon la pièce médicale annexée (lettre du 6 juillet 2018 du Dr F_____ au conseil du recourant,

répondant aux questions de ce dernier), que le recourant était suivi à sa consultation depuis le 4 septembre 2014, à une fréquence restant variable. Le psychiatre traitant y affirmait que depuis son précédent rapport (8 juin 2015, selon le dossier à disposition), les diagnostics avaient changé; il retenait actuellement : - un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2, selon la classification internationale des maladies de l'OMS, CIM-10); - une phobie sociale (F40.1); état de stress post-traumatique (F43.1) avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité (F62.0); - une neuro-fibromyalgie avec sièges multiples (M79.70). Ces diagnostics étaient simplement énumérés, sans autre explication ni justification, ni même de date à laquelle ils auraient été posés, ce qui apparaissait d'emblée problématique notamment par rapport à l'état de stress post-traumatique, et à celui de neuro-fibromyalgie avec sièges multiples. Le psychiatre traitant indique que l'évolution de l'état de santé était défavorable et qu'il s'était aggravé depuis le début du traitement. Sachant que le psychiatre traitant a commencé à prendre son patient en charge au début septembre 2014, et qu'en juin 2015, il relevait notamment que l'état de santé était resté stationnaire, sans changement de diagnostics, et sans évolution notable hormis une discrète amélioration de l'anxiété depuis l'instauration du traitement d'Abilify), il affirmait néanmoins en juillet 2018 qu'actuellement et depuis au moins un an, son patient présentait, même pour une activité adaptée, une incapacité de travail à 100 %, omettant qu'à fin novembre 2014 déjà (rapport du 28 novembre 2014), il estimait déjà que la symptomatologie anxiodépressive sévère dont son patient était atteint rendait actuellement tout travail impossible. Au vu de ce qui précède, on peut comprendre aisément que l'OAI ait d'emblée sollicité des explications complémentaires de la part du Dr F_____, estimant – à juste titre de l'avis de la chambre de céans – que les indications qu'il avait données en réponse aux questions du conseil du recourant (courrier du Dr F_____ du 6 juillet 2018), certes suffisantes pour l'examen de la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé, ne l'étaient en revanche pas pour déterminer si cette aggravation de santé était pleinement avérée.

Les réponses apportées par le psychiatre traitant aux questions de l'OAI - reproduites par le médecin avant la réponse à chacune des questions, dans son courrier du 19 octobre 2018 (voir ci-dessus en fait ad. ch. 16), -, ne convainquent pas : il ne dit rien de plus concernant la justification des diagnostics qu'il retenait, se contentant de reproduire la liste comme dans son courrier du 6 juillet 2018; invité à fournir une anamnèse la plus détaillée possible, le psychiatre traitant répondait à cette question en moins de quatre lignes : « *Votre assuré présente de multiples pathologies et psychopathologies investiguées depuis de nombreuses années par vos services sans jamais qu'il y ait eu de décisions adaptées à sa situation. L'évolution de ses psychopathologies en l'absence de décisions adaptées est défavorable* ». Quant à la demande de fournir un status psychiatrique détaillé (constatations objectives lors de ses consultations), le psychiatre traitant se borne à relever que le patient est toujours ponctuel à ses rendez-vous, que sa tenue et son

hygiène corporelle sont corrects; il se présente effacé, complètement épuisé, parlant sur un ton de voix faible et plaintif avec une incapacité totale à se projeter dans une activité professionnelle, et une grande lassitude. Il observe que l'anxiété et la colère sont bien perceptibles et particulièrement quand il évoque son futur, alors qu'il ressent qu'il a quasiment tout perdu, avec le sentiment d'être incompris et abandonné par la société en général et par l'assurance-invalidité en particulier. Quant à la description du déroulement d'une journée-type, il se borne à indiquer que l'assuré se réveille vers sept heures, souvent après une mauvaise nuit, et que le reste de la journée varie en fonction de ses possibilités. Il essaye en général de marcher le plus possible en essayant de faire diminuer ses multiples douleurs. Toutes ses activités sont gravement impactées par ses handicaps. À ce sujet et, invité à décrire la répercussion de l'atteinte invoquée à la santé dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales), il répond : « l'impact des différentes pathologies chez votre assuré dans les domaines courants de la vie est important ». S'agissant des ressources disponibles ou mobilisables, il indique que son patient n'a plus aucun réseau social et qu'il a même perdu le contact avec son frère qui vit aussi à Genève. À la question de savoir, d'un point de vue strictement psychiatrique, quelle est la CT de son patient dans son activité habituelle, à quel taux (exprimé sur 100 % ou en nombre d'heures par jour), et depuis quand, le psychiatre traitant répond : « votre assuré n'est plus en mesure de travailler et ce depuis des années ». Quant aux limitations fonctionnelles, il retient la fatigabilité extrême, l'irritabilité, la perte d'intérêt, des troubles cognitifs majeurs, des douleurs physiques, du désespoir avec pleurs, une anxiété de fond avec des moments plus paroxystiques. Sur le plan psychiatrique uniquement, le psychiatre traitant estime que la CT dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles est nulle (0 %), le médecin observant que des essais de réinsertion ont déjà été faits et se sont soldés par des échecs cinglants. Quant à l'évolution de l'état de santé, depuis le début (spécifier la date de la prise en charge par le psychiatre traitant), et avec quel traitement, ce dernier - après avoir indiqué les médicaments prescrits dans le passé et actuellement-, considère qu'il n'y a pas d'évolution et que seule une rente AI pourrait amener un peu de sécurité et de réassurance chez l'assuré, qui pourrait participer à une évolution favorable dans un deuxième temps. Il indique encore que l'observance thérapeutique est excellente; il dit n'avoir aucune pièce médicale nécessaire à produire pour étayer ses considérations, et souligne en guise de remarques conclusives que ce rapport médical ne pouvait pas être exhaustif et qu'il n'était pas possible de se baser uniquement sur celui-ci pour prendre une décision.

17. La décision entreprise est fondée sur l'avis du SMR du 28 mai 2019, selon lequel le psychiatre traitant n'apportait aucune information sur les changements éventuels de l'état psychique de l'assuré. Dans cet avis, le SMR relevait que le psychiatre traitant se bornait à confirmer que pour lui la CT était nulle depuis 2010, soit avant la dernière évaluation (recte : décision en force) de l'OAI. Le service médical ne disposait à l'heure actuelle (soit au moment où la décision sur nouvelle demande allait être rendue) d'aucun élément médical objectif permettant de remettre en cause

ses conclusions précédentes. Le SMR avait préalablement (avis du 11 mars 2019) invité l'OAI à dûment ré-interpeller le psychiatre traitant, au vu des réponses insuffisantes que ce dernier avait adressées, par courrier du 19 octobre 2018, aux questions complémentaires que lui avait déjà posées l'OAI, dans un premier temps. Invité à décrire l'évolution de l'état de santé de son patient (depuis la dernière décision en force), le psychiatre traitant s'est borné à répondre par son courrier du 2 mai 2019 : « *Madame, Monsieur, pour répondre à votre courrier de mars 2019, où vous me demandez de décrire l'évolution de l'état de santé de votre assuré, je puis vous confirmer que la situation médicale de votre assuré a évolué défavorablement depuis 2010 et l'apparition de ses troubles physiques et psychiques que vous connaissez bien et ne cesse de s'aggraver comme, malheureusement, nous pouvions l'imaginer. Ainsi, je me permets de vous dire une fois de plus que (M. A_____.) est totalement incapable de travailler. Votre assuré ne travaille plus depuis 2010. Les troubles psychiques restent décompensés malgré les traitements; une rente AI, après les échecs cinglants de réinsertion par votre Office, pourrait contribuer et faire partie intégrante d'un traitement adéquat de la souffrance physique et morale de votre assuré. Je vous remercie de prendre note de ces informations qui je l'espère vous aideront à comprendre l'invalidité totale de M.M. et vous prie, Madame, Monsieur, d'agréer mes meilleures salutations. (signature)* ».

18. Quant aux nouveaux diagnostics retenus par le psychiatre traitant, soit : - une phobie sociale (F40.1); état de stress post-traumatique (F43.1) avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité (F62.0); - une neuro-fibromyalgie avec sièges multiples (M79.70), simplement énumérés dans ses divers courriers et réponses aux demandes de précisions de l'OAI, la chambre de céans observe ce qui suit :

- s'agissant de la phobie sociale, ce diagnostic, non documenté, apparaît être une autre manière d'exprimer ce qu'avait déjà retenu le spécialiste psychiatre du SMR, lors de son examen personnel du 25 juillet 2016, soit une phobie spécifique isolée [F40.2] (rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 28 juillet 2016, ci-dessus en fait ad ch. 11).

- En ce qui concerne l'état de stress post-traumatique (ESPT, ou SSPT ou encore PTSD), selon la nomenclature médicale, il s'agit d'une réaction qui survient suite à un événement traumatique « hors du commun » (CIM-10), impliquant que le sujet « est ou a été menacé de mort ou de blessure grave, ou d'une atteinte à l'intégrité physique pour lui-même ou pour les autres » (DSM-IV). L'événement est constamment revécu dans des souvenirs envahissants, des rêves répétitifs ou lors de « flashbacks », qui sont des retours brutaux avec intense charge émotionnelle. S'y ajoutent un évitement des stimuli associés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et des symptômes de vigilance accrue. L'intéressé présente souvent des symptômes de peur et de dépression, associés à des pensées de suicide. Dans la plupart des cas, une guérison est attendue. Dans certains cas (10 % des cas selon des études récentes), les troubles se chronicisent pendant des années et

entraînent une modification durable de la personnalité (F62.0) (ATF 142 V 342 consid. 5.1).

La jurisprudence récente publiée aux ATF 141 V 281 concernant le syndrome douloureux somatoforme est également applicable aux ESPT, parce qu'il s'agit de troubles qui ne se fondent pas sur des constatations objectives, notamment au regard de la symptomatologie (flashbacks, cauchemar, événement revécu, comportement d'évitement, vigilance accrue, peurs aiguës) (ATF 142 V 342 consid. 5.2). À la question de savoir si le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) doit relever du champ d'application de l'ATF 141 V 281 consid. 4.2, il existe plusieurs points de référence. Dans le cas de ce tableau clinique, il convient tout d'abord de rappeler que la détermination et la justification du diagnostic nécessitent déjà une attention particulière (cf. arrêt 9C_195/2015 consid.3.3.1; en général : ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 p. 285). Sans entrer dans les différences conceptuelles entre la CIM-10 et le DSM-5 qui existent ici dans le cas du PTSD (cf. à ce sujet WOLFGANG HAUSOTTER, Psychiatrische und psychosomatische Begutachtung für Gerichte, Sozial- und private Versicherungen, Francfort 2016, p. 242 et suivantes; en détail sur les systèmes de classification : BGE 130 V 396 consid. 6.3 p. 402 s.), il faut d'abord se concentrer sur le critère de stress, c'est-à-dire sur le traumatisme déclencheur (cf. consid. 5.1 ci-dessus). Ce n'est pas à l'expert lui-même qu'il incombe en premier lieu ou uniquement de l'éclairer, mais il doit s'y référer. En particulier, lorsqu'elle n'est attestée que par les déclarations et descriptions subjectives de la personne concernée, il n'est généralement pas possible de fournir cette preuve sans autre forme de procès (voir, par exemple, l'arrêt 9C_687/2013 du 24 juin 2014 consid. 4.2). Outre la sévérité du critère de stress, elle-même significative pour l'affirmation du PTSD, la période de latence entre le stress initial et l'apparition du trouble nécessite un examen détaillé. Selon la CIM-10, cela se situe entre quelques semaines et (six) mois. Une justification spéciale est requise dans les cas où, de manière tout à fait exceptionnelle, une apparition ultérieure doit être prise en compte pour des raisons spécifiques (voir l'arrêt 9C_195/2015 consid.3.3.3 avec d'autres références). Dans la littérature, il est également fait référence au fait que l'apparition occasionnelle de flashbacks ou de cauchemars n'est pas suffisante pour constituer un PTSD (HAUSOTTER, loc. cit., consid. 5.2.2 p. 251 et les références) (ATF 142 V 342 consid. 5.2.2 p. 347).

En l'espèce, à l'instar de ce que relevait l'intimé dans son courrier du 2 décembre 2019, bien que le Dr F_____ indiquait suivre le patient depuis plus de cinq ans - il avait déjà produit des rapports notamment en 2014 et 2015 - dans le cadre de la demande précédente ayant abouti à la décision en force de 2016, à aucun moment le psychiatre traitant n'évoquait alors le diagnostic d'un état de stress post-traumatique, avec séquelles irréversibles et modifications durables de la personnalité, lequel n'était apparu sous la plume du Dr F_____ qu'en juillet 2018, alors qu'il s'agit a priori d'une atteinte grave et durable. Il sied également de rappeler dans ce contexte

que le recourant est entré en Suisse en 1996, alors âgé de 18 ans. Dans son rapport du 17 novembre 2019, le psychiatre traitant évoquait un épisode d'empoisonnement des élèves, dans l'école de l'assuré, pour évoquer son vécu traumatisant; ce qui fait encore remonter ces événements à plusieurs années avant son arrivée en Suisse (1996). Or, dans le cadre de l'examen clinique psychiatrique (rapport du 28 juillet 2016), l'expert (Dr L_____) avait noté ce qui suit quant aux indications de l'assuré : « L'assuré décrit une bonne ambiance familiale durant son enfance. L'entente était bonne tant entre les frères et sœurs qu'avec les parents. L'assuré signale que sa famille était d'origine modeste, mais qu'il y régnait une bonne harmonie. Aucune violence ne s'était exercée au sein de la famille. Par contre l'assuré avait assisté à des violences contre sa communauté (professeurs, voisins, tabassés par la police pour des raisons politiques). L'assuré précise que parfois ces souvenirs reviennent et il ajoute "surtout quand je vais là-bas". Nous noterons à ce propos qu'il n'y a donc ni reviviscences envahissantes, ni conduites d'évitement » (rapport d'expertise cité, p. 6). Cet extrait de l'examen bidisciplinaire de l'été 2016 montre en particulier que l'examen auquel les spécialistes du SMR avaient procédé avait été particulièrement fouillé, les investigations qu'ils avaient menées, notamment sur le plan anamnestique, étaient très complètes; l'examinateur psychiatre ne s'était pas seulement tenu à une analyse de l'état de santé psychique de l'assuré, sur la seule base des indications du psychiatre traitant. Il avait d'ailleurs étayé ses conclusions par des motifs convaincants, justifiant d'ailleurs son point de vue lorsqu'il s'écartait des diagnostics retenus par le psychiatre traitant notamment. La chambre de céans relève à ce sujet que l'examen du 28 juillet 2016 répondait clairement aux exigences de la jurisprudence, notamment par rapport aux exigences posées par l'arrêt du Tribunal fédéral de juin 2015 en matière de troubles somatoformes douloureux et associés (indicateurs) pour que l'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. Ainsi, sur ces bases, confrontées à la jurisprudence du Tribunal fédéral qui vient d'être rappelée, les conditions requises pour que l'on puisse admettre dans le cas d'espèce l'existence d'un SSPT ne sont pas réunies. On peut certes comprendre, de la part du psychiatre traitant, les efforts délibérés déployés pour tenter d'étayer une aggravation de l'état de santé, dans le but - clairement exprimé par ce praticien, à plusieurs reprises, comme représentant pour lui la seule mesure susceptible d'améliorer l'état de santé de son patient – de l'obtention d'une rente de l'assurance-invalidité. Force est toutefois de constater que ses rapports successifs ne sont guère convaincants et ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. À ce sujet, comme relevé précédemment, le psychiatre traitant remarquait lui-même, dans son courrier du 19 octobre 2018, en guise de conclusion à ses réponses aux demandes de renseignements complémentaires de l'OAI, que « ce rapport médical ne pouvait pas être exhaustif et qu'il n'était pas possible de se baser uniquement sur celui-ci pour prendre une décision ».

- Une neuro-fibromyalgie avec sièges multiples (M79.70) : comme les précédents, ce diagnostic a simplement été énoncé, dans les courriers du Dr F_____ des 6 juillet et 19 octobre 2018, sans la moindre justification. Il est d'ailleurs significatif

de relever que dans son dernier courrier, du 17 novembre 2019, répondant à la demande du conseil du recourant, le psychiatre traitant n'a précisément pas repris ce diagnostic dans l'énumération de ceux qu'il estimait devoir être retenus à ce jour. On ne saurait dès lors faire sérieusement grief à l'OAI de ne pas avoir approfondi l'étude de la situation médicale du recourant, sous cet angle.

19. Au vu de ce qui précède, force est de constater que c'est à juste titre que l'OAI a finalement considéré, après être entré en matière sur la demande de révision de l'assuré du 27 août 2018, et avoir instruit le dossier, médicalement, à satisfaction, que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé depuis la décision en force du 8 décembre 2016.

    Cette appréciation, retenue par la chambre de céans, ne pourrait être modifiée par des mesures d'instruction complémentaires, telle en particulier l'audition du psychiatre traitant du recourant, voire encore par la mise en place d'une nouvelle expertise psychiatrique telle que suggérée par le conseil du recourant, en dernier lieu à l'issue de l'audience de comparution personnelle, ni sous forme d'expertise judiciaire, ni dans le cadre d'un renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, celle-ci ne se justifiant pas au vu de l'état du dossier au moment où la décision entreprise a été rendue (appréciation anticipée des preuves).

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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