

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant kosovar né en _____1976, a exercé dans son pays l'activité de paysan jusqu'en août 1999, date à laquelle il est arrivé en Suisse en tant que réfugié politique. Depuis lors, il n'a plus travaillé, si ce n'est en tant que bénévole (nettoyages et petits services) entre 2000 et 2006.
2. Le 17 janvier 2006, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
3. Par décision du 4 juillet 2008, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière limitée à la période du 1er septembre 2005 au 29 février 2008, date au-delà de laquelle il a considéré que le degré d'invalidité n'était plus que de 30%, c'est-à-dire insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis notamment de recueillir les éléments suivants :

- un rapport du 20 décembre 2001 des doctresses B_____ et C_____, du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur, faisant état, notamment, d'un épisode dépressif sévère et d'un état de stress post-traumatique ;
- un rapport rédigé début 2007 par la doctresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, mentionnant un état de stress post-traumatique chronique sévère (avec état dépressif et anxieux et trouble durable du comportement), des troubles dissociatifs, des crises d'hyperventilation (avec malaises et pertes de connaissance répétitifs) et des céphalées chroniques ; le médecin concluait à une totale incapacité de travail depuis septembre 2004 ;
- le rapport d'expertise du docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed), rédigé le 15 novembre 2007, expliquant notamment que les épisodes de pertes de connaissance pouvaient s'apparenter à des troubles de conversion, que, depuis six mois, l'assuré ne souffrait plus d'attaques de panique - alors qu'auparavant, il traversait deux à trois épisodes par jour -, mentionnant l'existence d'idées noires, de réminiscences encore très fréquentes, de cauchemars toujours présents et de troubles du sommeil ; l'assuré décrivait des éclats de colère et des menaces suicidaires, considérés comme un abaissement du seuil de tolérance à la frustration plutôt que comme des éléments pouvant entrer dans l'évolution chronique d'un syndrome de stress post-traumatique ; l'expert relevait chez l'assuré des comportements assez manipulateurs (il affirmait par exemple avoir fait une tentative de suicide par ingestion de médicaments, alors que le lavage gastrique n'avait pas mis en évidence de médicaments) ; l'expert notait que si l'assuré avait effectivement connu un passé douloureux, ses réactions aux événements ne révélaient rien de pathologique ; s'il y avait eu, dans le cadre du syndrome de stress

post-traumatique, des phénomènes dissociatifs, surtout entre 2000 et 2001, ce n'était plus le cas depuis novembre 2001 ; l'expert en tirait la conclusion qu'il y avait eu amélioration du trouble dissociatif et - dans la mesure où ils étaient liés - évolution parallèle favorable du syndrome de stress post-traumatique ; l'assuré avait d'ailleurs pu s'inscrire à l'Université albanaise - bien qu'il ait été torturé par des albanais dans son pays -, puis effectuer des activités de bénévolat durant six ans, ce qui, selon l'expert, parlait clairement contre une modification durable de la personnalité (complication chronique d'un syndrome de stress post-traumatique évoluant au-delà de deux ans) ; l'expert, malgré la présence d'une tristesse de fond et d'une importante labilité émotionnelle, concluait en définitive à une personnalité émotionnellement labile de type borderline et à une dysthymie ; vu les antécédents de troubles dissociatifs, on pouvait s'attendre chez l'assuré à des manifestations extrêmement démonstratives et à une décompensation passagère en cas de refus de prestations ; il n'en demeurait pas moins qu'il avait recouvré depuis décembre 2001 une capacité de travail exigible de 8 h./jour, avec une diminution de rendement transitoire - d'un an au maximum - de 30% (pour tenir compte des troubles du comportement et de l'absentéisme prévisible) ; l'expert soulignait les bonnes connaissances intellectuelles de l'assuré, ses fonctions cognitives préservées et l'absence de ralentissement psychomoteur.

4. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) - alors compétent - a statué en date du 10 novembre 2008 (ATAS/1243/2008) et procédé à une *reformatio in pejus*, en ce sens qu'il a annulé la décision du 4 juillet 2008 et nié à l'assuré le droit à toute prestation.

Cet arrêt a été rendu à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un courrier rédigé le 18 août 2008 par la Dresse D_____, émettant l'avis que son patient était toujours dans l'incapacité totale de travailler en raison des symptômes persistants (cauchemars, troubles du sommeil, céphalées, épigastalgies, douleurs abdominales, nalgies et dorsalgies) ; selon elle, le trouble de stress post-traumatique restait très floride (grande anxiété et fréquentes idéations suicidaires) ; elle soulignait également l'absence de stabilité émotionnelle ;
- un rapport rédigé le 27 août 2008 par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une certaine aggravation de l'état de santé psychologique de son patient, suite au refus de prestation de l'AI et une violente altercation avec son assistante sociale ; le psychiatre traitant concluait à une totale incapacité de travail ;
- un avis émis le 9 septembre 2008 par le Service médical régional de l'AI (SMR), soulignant qu'un trouble de stress post-traumatique subsiste rarement au-delà d'un an et en tirant la conclusion que l'assuré devait plutôt souffrir d'une modification durable de la personnalité.

Le Tribunal a reconnu à l'expertise du CEMed une pleine valeur probante, raison pour laquelle il a décidé de suivre ses conclusions - à savoir une totale incapacité de

travail entre mars 1999 et décembre 2001, puis une capacité recouvrée de 100% avec diminution de rendement de 30%. Le droit à une rente s'était ouvert en mars 2000 et avait pris fin en mars 2002, mais, vu la tardiveté de la demande, aucune prestation ne pouvait être allouée pour cette période.

5. Le 14 janvier 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.
6. L'assuré a séjourné à la Clinique genevoise de Montana (ci-après : CRR) du 16 au 29 août 2013.

Dans leur rapport du 16 septembre 2013, les médecins ont retenu à titre de diagnostic principal un trouble dépressif récurrent épisode modéré avec symptômes somatiques et, à titre de comorbidités, un trouble de la personnalité limite borderline, un état de stress post-traumatique, une modification permanente de la personnalité, un syndrome métabolique et des céphalées récurrentes.

Ayant observé plusieurs chutes démonstratives, accompagnées d'épisodes d'hyperventilation et de pertes de connaissance, les médecins se sont livrés à des investigations neurologiques. Les examens ont permis d'exclure une origine comitiale aux malaises observés.

Quant aux céphalées dont se plaignait le patient, les médecins les ont attribuées à une surconsommation chronique et anarchique d'antalgiques et d'anti-inflammatoires (cf. également le rapport de la consultation en neurologie du 22 août 2013).

Par ailleurs, ils ont émis des doutes quant à la capacité de l'intéressé à s'investir dans un travail psychothérapeutique, expliquant qu'il n'arrivait ni à envisager, ni à élaborer des stratégies de sortie de l'impasse dans laquelle il se trouvait.

Il n'a été procédé à aucune évaluation de la capacité de travail.

7. Par courrier du 10 septembre 2013, la Dresse D_____ a allégué que la situation médicale de son patient s'était péjorée sur le plan psychiatrique, renvoyant au Dr F_____ pour de plus amples détails. Selon elle, la capacité de travail était de 0% depuis 2004, en raison des limitations fonctionnelles psychiques, c'est-à-dire des troubles du comportement de l'intéressé, qualifiés de graves et durables.
8. Le 6 juin 2014, le Dr F_____, psychiatre traitant, a conclu à un état de stress post-traumatique, à un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère et à un trouble de la personnalité état limite de type borderline.

Il a évalué la capacité de travail à 0% et émis un pronostic défavorable au vu de la gravité et de la chronicité de la symptomatologie.

Le psychiatre traitant a par ailleurs précisé que des mesures avaient dû être prises en raison d'épisodes de violence de l'assuré envers son épouse.

Le psychiatre a joint à son rapport d'autres documents, notamment un résumé de séjour rédigé le 20 novembre 2008 par le Département de psychiatrie adulte des HUG, où l'intéressé avait été hospitalisé.

Le diagnostic principal posé était celui de personnalité émotionnellement labile de type borderline. Était également mentionné un syndrome de stress post-traumatique. Il s'agissait là de la quatrième hospitalisation en entrée non volontaire de l'assuré (risque auto-agressif) : celui-ci avait avalé quelques comprimés dans le cabinet de son psychiatre et proféré des menaces suicidaires.

Le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline avait été retenu en raison d'une tendance à agir avec impulsivité, sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur et à la présence de menaces suicidaires répétées avec gestes auto-agressifs.

9. Le docteur H_____, spécialiste FMH en psychothérapie, a également établi un bref rapport en date du 20 juin 2014, concluant à un probable trouble grave de la personnalité, tout en précisant n'avoir vu l'assuré qu'à une seule occasion, dans le cadre d'une évaluation demandée par son assistante sociale auprès de l'Hospice général.
10. Le dossier a été soumis au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), qui a suggéré la mise sur pied d'une expertise psychiatrique, notamment pour déterminer si le diagnostic de trouble dissociatif devait être retenu, auquel cas il serait nécessaire de l'analyser à l'aune des critères de la jurisprudence applicable aux troubles somatoformes douloureux.
11. L'OAI a mandaté pour ce faire le Professeur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, qui a rendu son rapport en date du 22 janvier 2016, sur la base de l'examen du dossier, de trois entretiens avec l'assuré, d'un contact téléphonique avec son psychiatre traitant et d'un autre avec son médecin traitant.

Après une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, l'expert s'est livré à une anamnèse médicale et psychiatrique, avant de se faire l'écho des plaintes de l'assuré. Il a également relaté que le psychiatre traitant suivant l'assuré à raison d'une fois par semaine depuis 2007 disait n'avoir pas constaté d'amélioration de son état et avait fait état d'hallucinations visuelles et auditives. Quant au médecin traitant, également contacté par l'expert, il avait dit n'avoir observé que peu de changements durant les onze dernières années mais avait tout de même mentionné la nécessité de mettre en place des mesures afin d'assurer la sécurité de l'épouse et de la fille de l'assuré contre la violence de ce dernier.

L'expert a émis l'avis que les limitations fonctionnelles étaient à mettre en lien avec le trouble dépressif récurrent et l'état de stress post-traumatique, dont il a indiqué qu'il s'était chronicisé. Les conséquences directes en étaient une impossibilité à s'intégrer tant dans la vie sociale que dans une activité professionnelle.

L'expert a noté une série d'éléments mixtes, de nature dissociative, mais aussi corporelle, coïncidant avec des moments de forte anxiété associés aux

réminiscences du passé. Il n'a pas trouvé d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité.

En définitive, il a retenu à titre de diagnostics : un trouble dépressif récurrent épisode moyen et un état de stress post-traumatique chronique. S'agissant de ce dernier, il a précisé qu'il s'était chronicisé avec les années et avait entraîné une dépression grave avec des caractéristiques psychotiques, devenue récurrente, désormais d'intensité moyenne. L'expert a conclu à une totale incapacité de travail.

Les éléments cliniques parlaient en faveur d'un trouble dépressif récurrent désormais moyen (abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie, fatigabilité, absence d'activités au quotidien, difficultés de concentration, mauvaise estime de soi, manque de confiance en soi, idées de culpabilité, sentiment de dévalorisation et attitude pessimiste face à l'avenir avec sommeil perturbé toutes les nuits). L'expert a également retrouvé un état de stress post-traumatique chronicisé depuis seize ans, suite à un traumatisme de guerre vécu en 1999 (abus sur la personne de l'assuré et sur sa fiancée enceinte, suivi du décès de cette dernière en présence de l'intéressé). L'assuré rapportait des réviviscences répétées de l'événement traumatique (cauchemars toutes les nuits). Il avait aussi observé un émoussement émotionnel, un évitement des activités et des lieux, mais aussi des pertes de connaissance avec des perturbations neurovégétatives.

L'expert a indiqué ne pas trouver d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité, malgré les moments d'hostilité et d'opposition dont l'assuré était coutumier. Il a expliqué que ces réactions - qui pouvaient paraître impulsives - reflétaient le désarroi d'une personne consciente de son évolution négative, prise dans une spirale de dévalorisation narcissique en lien avec les traumatismes subis.

La présence des différents symptômes constatés, en raison de leur chronicité et de leur gravité, portait atteinte tant au fonctionnement social de l'assuré qu'à ses capacités occupationnelles. C'est la raison pour laquelle l'expert a très clairement réservé son pronostic.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert a jugé qu'elle avait été faible depuis l'arrivée de l'assuré en Suisse. Si une activité avait toutefois pu être envisagée dans les premiers temps, la chronicisation de la situation, avec des événements de vie négatifs, avait péjoré le tableau clinique de sorte qu'aucune activité avec rendement ne pouvait désormais plus être exigée.

12. Le 10 mars 2016, le dossier de l'assuré a une nouvelle fois été soumis au SMR qui a considéré que le status était globalement superposable à celui observé en 2008 puisque l'expert n'avait mis en évidence ni trouble cognitif, ni élément délirant. La thymie restait triste, avec une anxiété latente, un émoussement affectif, des réminiscences du passé, des cauchemars et des insomnies. La vie sociale de l'assuré restait pauvre. Le SMR en a tiré la conclusion qu'il n'y avait pas d'élément objectif parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé. Selon lui, l'expert s'était simplement livré à une appréciation différente d'un même état de fait.

13. Par décision du 14 novembre 2016, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

Se fondant principalement sur le rapport d'expertise psychiatrique du 22 janvier 2016, il a considéré qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé de l'intéressé.

14. Par écriture du 15 décembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière.

En substance, il allègue que ses atteintes psychiques l'empêchent de travailler depuis plusieurs années.

Il reproche à l'intimé de s'être écarté des conclusions de l'expertise, laquelle a pourtant conclu à une totale incapacité de travail en raison d'un trouble dépressif récurrent et d'un état de stress post-traumatique chronique. Selon lui, cette nouvelle expertise aurait dû conduire l'intimé à retenir l'existence d'une aggravation claire de son état de santé par rapport à fin 2007. Cette aggravation consiste dans la chronicisation de son stress post-traumatique, laquelle a entraîné une dépression grave, avec des caractéristiques psychotiques.

Le recourant a produit à l'appui de sa position :

- un bref courrier rédigé le 6 juin 2016 par son médecin traitant, la Dresse D_____ confirmant que sa capacité de travail est de 0% et qu'aucune activité avec rendement ne peut être exigée ;
- un courrier du Dr F_____ du 5 juillet 2016, faisant part de son étonnement face au refus de prestations de l'AI alors même que l'expertise concluait à une capacité de travail de 0% ;
- un bref courrier du Dr F_____ du 26 décembre 2016 indiquant que l'état de santé psychique de son patient était resté stationnaire depuis l'expertise du 22 janvier 2016 et que le contenu de cette expertise répondait selon lui de façon claire et exhaustive à toutes les questions que pourrait se poser l'AI ;
- un courrier de la Dresse D_____ du 16 janvier 2017, concluant à un état de stress post-traumatique chronique avec trouble dépressif grave et troubles du comportement, malaises avec pertes de connaissance à répétition, secondaires à des angoisses paroxystiques, etc. ; selon ce médecin, il n'y avait eu aucune amélioration, mais, au contraire, une aggravation, l'intéressé évoquant de plus en plus fréquemment des idées suicidaires ; la capacité de travail restait de 0% quelle que soit l'activité envisagée.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 janvier 2017, a conclu au rejet du recours.

Suivant l'avis du SMR, l'intimé soutient qu'il ne saurait suivre les conclusions de la nouvelle expertise psychiatrique mise sur pied. Il reproche à l'expert de retenir les diagnostics d'état de stress post-traumatique chronique et de trouble dépressif récurrent moyen et d'écarter celui de trouble de la personnalité, s'écartant ainsi -

sans s'en expliquer - des conclusions de la précédente expertise et de l'appréciation des autres médecins.

Or, le diagnostic d'état de stress post-traumatique chronique correspond en réalité à celui de modification durable de la personnalité, selon les critères de la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), lequel a été précisément écarté à l'époque par le Dr E_____, de manière argumentée et convaincante.

Par ailleurs, l'expert fait état de caractéristiques psychotiques, alors mêmes que de tels symptômes ne sont pas décrits au statut psychiatrique (au contraire, il écarte l'existence d'idées à caractère ouvertement délirant).

Quant au trouble de stress post-traumatique, l'intimé rappelle qu'il n'est pas invalidant en soi, à moins que l'on puisse démontrer qu'il ne peut être surmonté par des efforts de volonté exigibles (ATF I 203/06 consid. 4 et 5).

L'intimé en tire la conclusion que l'expert s'est en réalité livré à une appréciation différente d'un même état de fait. Les circonstances étant demeurées inchangées, c'est à juste titre qu'il a estimé que l'état de santé de l'intéressé ne s'était pas manifestement et durablement modifié et a refusé la révision.

16. Par écriture du 10 février 2017, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

Il argue que l'intimé ne saurait s'appuyer sur la première expertise pour s'écarter de la seconde puisque la première se réfère à un état de santé qui n'est plus d'actualité.

Il allègue que les observations du nouvel expert sont corroborées par celles des Drs F_____ et D_____, lesquels font état d'une chronicisation de la symptomatologie psychiatrique et d'une amplification des idées suicidaires.

Le recourant en tire la conclusion qu'il ne s'agit pas d'une appréciation différente d'un même état de fait puisqu'en 2008, la chronicisation n'était pas d'actualité et qu'il n'avait pas d'idées suicidaires.

17. Par écriture du 2 mars 2017, l'intimé a campé à son tour sur ses positions.

Il souligne que la Dresse D_____ reprend des diagnostics déjà connus depuis longtemps. Si elle fait certes état d'idées suicidaires plus fréquentes, le Dr F_____, quant à lui, confirme la stabilité de l'état de santé de son patient au niveau psychiatrique.

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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est dégradé, depuis la décision initiale du 4 juillet 2008, au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. 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. 17 LPGA ; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). 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 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

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. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, 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 al. 4 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), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

7. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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).

8. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

9. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

11. En l'espèce, l'intimé a jugé bon de s'écarter des conclusions de l'expertise qu'il avait lui-même sollicitée au motif que l'opinion de l'expert ne serait qu'une évaluation différente d'un état de fait similaire à celui qui prévalait lors de la décision initiale, en 2008.

Force est cependant de constater que le rapport du Prof. G_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, il se fonde sur une anamnèse détaillée, plusieurs entretiens avec le recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions.

On relèvera en premier lieu que si l'intimé a jugé bon de mettre en place une expertise, c'est parce qu'il a admis comme plausible l'aggravation alléguée. Celle-ci a été confirmée par l'expertise puisque le professeur a relaté que le psychiatre traitant avait mentionné des hallucinations visuelles et auditives. Qui plus est, les médecins du recourant ont tout deux fait état d'une augmentation de la violence de leur patient, à tel point que des mesures ont dû être mises en place pour en préserver sa femme et son enfant. Ce sont là autant d'éléments qui n'apparaissent pas lors de la première évaluation. On ne saurait dès lors soutenir que l'avis du professeur ne serait qu'une évaluation divergente d'une même situation.

Le SMR reproche par ailleurs à l'expert d'avoir écarté le diagnostic de trouble de la personnalité sans s'en expliquer. Le professeur a pourtant motivé sa position en expliquant que les réactions d'hostilité et d'opposition dont pouvait faire preuve l'assuré ne reflétaient selon lui que le désarroi de l'intéressé, et n'étaient pas l'expression d'un trouble de la personnalité à proprement parler. Quoi qu'il en soit, le fait d'écarter un diagnostic naguère évoqué par le Dr E_____ n'a pas empêché l'expert de conclure à une totale incapacité de travail, qu'il motive par le trouble dépressif récurrent et l'état de stress post-traumatique désormais chronicisé. Peu importe finalement qu'on adopte les termes de « stress post-traumatique » ou de modification durable de la personnalité. Il n'en demeure pas moins que l'expert a constaté que, loin de s'amender, comme l'espérait le Dr E_____, le syndrome de stress post-traumatique s'est chronicisé.

En se livrant à une discussion des conclusions de l'expert, pourtant convaincantes et motivées, c'est en réalité l'intimé qui cherche à leur substituer sa propre appréciation. Le rapport du Prof. G_____ aurait dû le conduire à retenir l'existence d'une aggravation claire depuis 2008, même si les diagnostics sont inchangés, et une totale incapacité de travail, même dans une activité occupationnelle.

Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 14 novembre 2016 annulée. Le recourant doit se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2013 (art. 29 al. 1 LAI).

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

**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 14 novembre 2016.
4. Dit que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er juillet 2013.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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