

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/552/2017

ATAS/864/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 octobre 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Cécé David STUDER

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1961 et originaire de la Tunisie, est remarié et père de cinq enfants issus de deux unions différentes, nés en 1993, 2002, 2005, 2007 et 2010. Un enfant, né en 2001, est décédé dans un accident en janvier 2006. L'intéressé est arrivé en Suisse en décembre 1985 et a travaillé comme employé non qualifié en tant que soudeur, puis comme technicien dans un hôtel. Depuis février 2002, l'intéressé et toute sa famille sont pris en charge par l'Hospice général.
2. En décembre 2003, l'intéressé a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité.
3. En mai 2005, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique et rhumatologique du COMAI. Dans l'appréciation consensuelle du rapport d'expertise du 29 juillet 2005, sont mentionnés les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome somatoforme douloureux et de trouble dépressif, épisode moyen. Les diagnostics de septoplastie, sinusectomie et ethmoïdectomie en mars 2003, de cervicobrachialgies sur troubles dégénératifs modérés et de lombalgie sans substrat n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles au plan physique pour un travail physiquement lourd avec des sollicitations répétitives et en charge de la flexion et l'extension du rachis cervical et lombaire. Au plan psychique et mental, l'endurance était limitée à cause d'une fatigue matinale, ainsi que d'un manque d'énergie et de motivation. L'activité exercée jusqu'à alors n'était plus exigible et la capacité de travail était nulle dans celle-ci depuis octobre 2002. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assuré avait une capacité de travail de 75%.
4. Dans l'avis médical du 12 décembre 2005, le docteur B_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté que ni l'expert psychiatre ni l'expert rhumatologue du COMAI n'avaient en fait retenu un trouble somatoforme douloureux. Ce dernier avait certes considéré que l'ampleur des douleurs alléguées ne correspondait pas entièrement au tableau clinique, mais que l'assuré présentait néanmoins une pathologie cervicale et lombaire nette. Le médecin du SMR a dès lors écarté le diagnostic de syndrome somatoforme. La capacité de travail était de 75% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques. Entre octobre 2002 et fin 2004, elle était nulle en raison d'un trouble dépressif sévère.
5. Par décision du 16 mars 2006, confirmée par décision sur opposition du 6 juillet 2006, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps d'octobre 2003 à mars 2005.
6. En août 2007, l'assuré a formé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière, par décision du 19 juillet 2011, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Par arrêt du 21 décembre 2011 (ATAS/1251/2011), la chambre

de céans a déclaré irrecevable le recours de l'assuré contre cette décision, pour cause de tardiveté.

7. En janvier 2012, l'assuré a formé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.
8. Dans son rapport du 5 octobre 2012, le docteur C_____, psychiatre et psychothérapeute au département de santé mentale et psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, de trouble délirant persistant, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente. L'assuré bénéficiait d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré consistant en entretiens médicaux une fois par mois et en traitement médicamenteux. Grâce au traitement, il présentait une thymie moins triste, n'avait plus de troubles du sommeil et était moins angoissé. Sa capacité de travail était nulle depuis 2003 pour une durée indéterminée.
9. Selon le rapport du 17 octobre 2012 du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assuré souffrait, avec répercussion sur la capacité de travail, d'un trouble anxieux et dépressif, ainsi que d'un ancien abus d'alcool. La capacité de travail était nulle depuis 2003 pour une durée indéterminée.
10. En septembre 2013, l'assuré a été soumis à une expertise par le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 24 septembre 2013, ce médecin a posé les diagnostics de trouble d'anxiété généralisée et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. La capacité de travail était diminuée à 60 % depuis l'été 2011. Le pronostic à long terme n'était pas bon, dès lors qu'il était peu probable que le traitement médicamenteux pût augmenter la capacité de travail. Les problèmes de l'assuré avaient commencé lorsque sa première épouse et sa fille l'avaient quitté en 1996, puis étaient parties en Espagne. L'assuré était très affecté de la disparition de sa fille et était persuadé qu'elle était revenue à Genève. Il était très investi d'une idée fixe de pouvoir la retrouver. Un fils, issu du deuxième lit, était décédé accidentellement en Tunisie à l'âge de six ans. L'assuré présentait en outre des traits de dépendance marqués, se manifestant par un manque d'autonomie et par une certaine intolérance aux séparations. L'expert a écarté un trouble délirant persistant, la recherche de sa fille ayant une certaine légitimité. Il ne paraissait pas non plus improbable que son ex-épouse et sa fille vivaient à nouveau à Genève, sans qu'il le sût. Enfin, il n'y avait pas d'argument pour un trouble somatoforme douloureux.
11. Dans son avis du 17 octobre 2013, la docteur F_____ du SMR a conclu à une capacité de travail de 75 % dès 2005 et de 60 % dès août 2011 dans une activité adaptée.
12. Par courrier du 30 septembre 2014, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une orientation professionnelle dans la société Pro, entreprise sociale privée, du 29 septembre 2014 au 9 janvier 2015.

13. Dans son rapport du 26 janvier 2015, Pro a conclu, sur la base d'un taux de présence de 86 % et un taux d'activité de 75 %, que l'assuré avait la capacité à travailler dans l'économie traditionnelle, même s'il devait veiller à adapter son rythme de travail aux exigences du poste et à ne pas faire porter aux tiers la responsabilité de sa situation financière. Il possédait de nombreuses qualités. Pour la livraison, sa rigueur et son autonomie étaient des points forts, d'autant plus qu'il était titulaire de plusieurs permis de conduire. En cuisine, il était doté de sens pratique et respectait les règles d'hygiène, ce qui lui permettrait de travailler en tant que commis de cuisine, activité qui nécessiterait néanmoins une formation pratique. Sur le plan de la fiabilité et de la motivation, il avait montré toutes ses capacités. Il serait profitable qu'il pût les exercer.
14. Dans son rapport du 17 février 2015, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a estimé que l'activité de chauffeur-livreur était un travail adapté, l'assuré l'ayant pu exercer sans difficulté pendant la mesure. Il avait aussi une expérience dans ce domaine et était titulaire de plusieurs permis de conduire. Une aide au placement a été proposée à l'assuré. Toutefois, celui-ci y a renoncé et déclaré qu'il se débrouillerait tout seul.
15. Le 9 mars 2015, l'OAI a déterminé la perte de gain de l'assuré à 29,2% sur la base d'un taux d'activité de 75%, en se référant pour le salaire d'invalidé, aux salaires statistiques dans le secteur des transport et en admettant un abattement de ceux-ci de 10% pour tenir compte de son âge et du taux d'occupation. Il n'a pas admis un abattement en raison des limitations fonctionnelles sur le plan somatique, estimant que celles-ci avaient déjà été prises en compte dans la capacité de travail.
16. Le 27 mars 2015, l'OAI a communiqué à l'assuré son projet de décision lui refusant une rente d'invalidité et des mesures professionnelles, son degré d'invalidité étant insuffisant.
17. Le 29 avril 2015, la docteure G_____ du centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (CAPPI) des HUG a attesté un arrêt de travail à 100 %.
18. Le 4 mai 2015, la Dre G_____ a attesté un trouble anxieux et dépressif mixte et des troubles délirants persistants liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent. La capacité de travail était réduite par les troubles psychiques et comorbidités somatiques. Le status psychiatrique ne s'était pas modifié de manière notable depuis le dernier rapport de mars 2012.
19. Par décision du 21 mai 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision précité, tout en précisant que, sur demande écrite et motivée, il pourrait étudier le droit à une aide au placement dans le but d'un soutien actif dans une recherche d'emploi approprié.
20. Le 10 juin 2015, l'assuré a formé une quatrième demande de prestations d'assurance-invalidité, en y annexant une attestation médicale du 4 mai 2015 de la Dre G_____, ainsi que les certificats d'incapacité de travail totale dès 2002.

21. Le 26 juin 2015, le docteur H_____ du CAPPI a établi un certificat médical avec une teneur identique à celui de la Dresse G_____.
22. Dans son avis du 29 juin 2015, la doctoresse I_____ du SMR a confirmé que la capacité de travail de l'assuré était de 60% depuis août 2011.
23. Le 14 juillet 2015, l'OAI a transmis à la chambre de céans la nouvelle demande de prestations de l'assuré, comme objet de sa compétence. Le greffe de cette chambre a retourné à l'OAI son envoi au motif que rien ne permettait de considérer que l'assuré avait l'intention de former recours contre la décision du 21 mai 2015.
24. Le 19 septembre 2016, l'assuré a formé une cinquième demande de prestations de l'assurance-invalidité, en y annexant un certificat médical du 18 août 2016 du docteur J_____ du CAPPI. Ce médecin y a attesté que l'assuré était suivi au CAPPI depuis juin 2003 pour des troubles psychiatriques, notamment un trouble anxieux et dépressif, qui restaient stationnaires et réduisaient sa capacité de travail. Il présentait également des comorbidités somatiques qui intensifiaient les symptômes anxieux et se répercutaient sur la capacité de travail. Ses troubles nécessitaient un suivi psychiatrique mensuel et un traitement psychotrope, étant précisé que l'assuré se rendait régulièrement aux rendez-vous et était investi dans le lien thérapeutique.
25. Le 30 novembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, dès lors qu'il n'avait pas rendu crédible une aggravation de son état.
26. Par décision du 25 janvier 2017, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande du 19 septembre 2016.
27. Par acte du 14 février 2017, l'assuré a formé recours contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, au motif qu'il était absolument incapable de travailler et que c'était son psychiatre traitant qui l'avait invité à faire recours.
28. Le 4 avril 2017, le recourant a complété son recours, par l'intermédiaire de son conseil. Se fondant sur les attestations de ses médecins traitants, notamment le rapport du 28 décembre 2016 de la doctoresse K_____ du CAPPI, il a allégué que son état de santé s'était aggravé depuis la décision du 21 mai 2015. En effet, la Dresse K_____ avait constaté la présence d'idées suicidaires passives, une aboulie et une anhédonie, alors qu'aucun autre document médical produit avant 2016 n'avait fait état d'idées suicidaires. Ce médecin avait constaté aussi une aggravation du trouble dépressif récurrent, considérant que l'épisode actuel était sévère, et rapporté une consommation d'alcool à deux reprises par le recourant après une longue période d'abstinence, ce qui était nouveau. Elle avait aussi relevé que, depuis l'expertise du Dr L_____, son état ne s'était pas amélioré et qu'il n'était pas en mesure de retravailler. Or, son déconditionnement s'accroissait avec le temps. Au demeurant, le Dr L_____ avait aussi émis un pronostic négatif et relevé que l'appréciation diagnostique était susceptible d'évolution. A cela s'ajoutait que

la jurisprudence en matière de trouble psychosomatique s'était notablement modifiée depuis juin 2015, si bien qu'il y avait lieu d'examiner si la décision litigieuse répondait aux nouveaux critères jurisprudentiels. L'instruction devait être ainsi considérée comme lacunaire. L'intimé n'avait jamais plus instruit les troubles somatiques, alors que le recourant avait invoqué également des affections physiques dans sa nouvelle demande.

29. A l'appui de son recours, le recourant a produit le rapport du 28 décembre 2016 de la Dresse K_____, attestant que l'assuré était suivi à la consultation du CAPPI depuis juin 2003 jusqu'au 22 décembre 2016 pour des troubles psychiatriques chroniques. Depuis le 27 décembre 2016, il bénéficiait du programme de soins ambulatoires intensifs en raison d'une péjoration de son état clinique évoluant progressivement depuis l'automne 2016. Les diagnostics étaient une anxiété généralisée, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent. La thymie était abaissée avec la présence d'idées suicidaires passives, une aboulie et une anhédonie. L'assuré était plus désorganisé dans la gestion des affaires courantes, notamment dans les tâches administratives. Son discours était logorrhéique et digressif avec une capacité conservée à être interrompu pour se recentrer. L'anxiété était majorée avec présence de symptômes neuro-végétatifs (sudations, palpitations, tremblements). Le sommeil était perturbé par des ruminations à l'endormissement, des réveils nocturnes et des cauchemars. Le recourant avait en outre consommé de l'alcool à deux reprises après une période d'abstinence d'une année au minimum. Durant les trois dernières années, son état ne s'était pas amélioré et n'avait pas été capable de retravailler. Son déconditionnement s'accroissait avec le temps.
30. Dans sa réponse du 3 mai 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant que le recourant n'avait joint à sa dernière demande de prestations qu'une attestation médicale du Dr J_____ et un certificat médical de ce même médecin du 12 octobre 2016. Ces pièces n'attestaient aucune détérioration de l'état de santé, puisqu'il y était mentionné que les troubles devaient être qualifiés de stationnaires. Ainsi, sur la base des pièces produites avec la demande, c'était à juste titre que l'intimé n'était pas entré en matière sur celle-ci.
31. Par écriture du 15 mai 2017, le recourant a relevé que le Dr J_____ avait certifié que les comorbidités somatiques intensifiaient les symptômes anxieux et se répercutaient sur la capacité de travail, laquelle était également réduite par les troubles psychiques. Au demeurant, l'OAI n'avait pas tenu compte de ce que la Dresse K_____ avait rendu un rapport médical faisant état d'une aggravation de son état de santé et d'un changement notable des circonstances. Ce rapport avait été envoyé à l'intimé. Il a par ailleurs estimé que même si l'intimé avait eu connaissance du rapport de la Dresse K_____ seulement dans le cadre de la présente procédure, il lui incombait d'entrer en matière sur la demande du recourant, en annulant la décision querellée.

32. Par décision incidente du 8 juin 2017, la chambre de céans a constaté que le recours devait être considéré comme étant dirigé en fait contre la décision du 21 mai 2015 de l'OAI et l'a déclaré recevable. Il a également impartit au recourant un délai au 30 juin pour se déterminer sur le bien-fondé de cette décision.
33. Par écriture du 30 juin 2017, le recourant a conclu à l'annulation des décisions du 21 mai 2015 et du 25 janvier 2017, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 20 janvier 2012, sous suite de dépens. Subsidiairement, il a demandé à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire fût ordonnée. En ce que l'intimé s'était fondé, dans sa décision du 21 mai 2015, sur le rapport d'expertise du COMAI, il a fait valoir que cette expertise n'avait pas de valeur probante, qualifiant l'expertise de contradictoire et d'incohérente. Les conclusions de celle-ci étaient par ailleurs contredites par d'autres pièces médicales. Ainsi, les Dresses C_____ et G_____ considéraient que sa capacité de travail était nulle. Quant à l'expertise du Dr E_____, elle confirmait aussi l'incohérence et les contradictions du rapport d'expertise du COMAI. Depuis cette expertise, l'état de santé du recourant s'était encore aggravé, comme cela était attesté par la Dresse K_____. De surcroît, pour une raison inexplicée, l'intimé s'était écarté de l'expertise du Dr E_____ et de l'avis du SMR, en retenant une capacité de travail de 75 %, alors que ceux-ci avaient admis un taux de capacité de travail de 60%. A cela s'ajoutait que l'intimé n'avait pas tenu compte du trouble somatoforme douloureux, apparu dans un contexte de conflit émotionnel. Les limitations fonctionnelles étaient importantes et il y avait des comorbidités somatiques, ce qui était notamment confirmé par les Drs C_____ et J_____. Enfin, l'intimé n'avait jamais instruit les atteintes somatiques. Pour le surplus, le recourant a repris sa précédente argumentation.
34. Par écriture du 17 août 2017, l'intimé a contesté l'arrêt incident du 8 juin 2017, tout en déclarant renoncer à un recours au Tribunal fédéral, un tel recours n'étant pas recevable à ce stade, en l'absence d'un dommage irréparable. L'intimé a relevé que le recourant lui-même avait estimé qu'il contestait uniquement la dernière décision. Dans ces conditions, il était manifestement contraire aux règles de la bonne foi de considérer en 2017 que la décision du 21 mai 2015 ne serait pas entrée en force. Ces règles interdisaient de considérer que la chambre de céans ne serait pas liée par son courrier du 16 juillet 2015, par lequel elle a considéré que la nouvelle demande du recourant du 10 juin 2015 ne constituait pas un recours contre la décision du 21 mai 2015. Cela étant, l'intimé a renoncé à se déterminer sur le bien-fondé de cette décision.
35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par décision incidente du 8 juin 2017, la chambre de céans a déjà constaté la recevabilité du recours contre la décision du 21 mai 2015. Il convient également de constater que le recours est recevable contre la décision de non entrée en matière du

25 janvier 2017, ayant été interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi (art. 56 ss LPGA).

2. Est litigieuse en premier lieu la question de savoir si le recourant présentait une invalidité à la date de la décision du 21 mai 2015, respectivement si son état s'est aggravé depuis la dernière décision, par laquelle l'intimé a examiné de façon approfondie la situation médicale. Il s'agit en l'occurrence de la décision sur opposition du 6 juillet 2006, étant précisé que l'intimé avait par la suite refusé d'entrer en matière sur les nouvelles demandes, faute au recourant d'avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé. En effet, le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).
3. 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).
4. 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.
5. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).
Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).
6. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations. Par ailleurs, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable.

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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).

c. 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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la

santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

8. 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).

9. a. En l'occurrence, l'intimé retient dans sa décision sur opposition du 6 juillet 2006 que le recourant a une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à partir de janvier 2005 et que le taux d'invalidité en résultant n'ouvre pas le droit aux prestations.

b. Dans le cadre de sa demande de janvier 2012, le recourant a été soumis à une expertise psychiatrique par le Dr L_____. Dans son rapport du 24 septembre 2013, celui-ci retient les diagnostics de trouble d'anxiété généralisée et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, tout en admettant une aggravation de l'état de santé depuis août 2011. La capacité de travail est de 60 %.

c. De septembre 2014 à janvier 2015, le recourant a bénéficié durant treize semaines, avec un taux de présence de 86 %, d'une mesure d'orientation professionnelle dans l'entreprise Pro au taux d'activité de 75 %. Il a été occupé en cafétéria (préparation froide et conditionnement des repas pour les écoles) et comme aide-chauffeur en livraison. Ce stage a révélé qu'il avait de bonnes aptitudes manuelles et qu'il travaillait de façon précise. Dans le travail de conditionnement des repas scolaires, il avait parfaitement intégré le fonctionnement de l'environnement de travail, les consignes et les règles d'hygiène. Il était très bien organisé et son autonomie était de plus en plus grande, malgré un peu de nervosité visible en début de mesure. En ce qui concerne les livraisons, dans le cadre limité de ses tâches, il était aussi parfaitement capable de suivre une tournée et d'avoir un contact avec la clientèle. Il avait par ailleurs travaillé dans le passé dans ce secteur professionnel et possède plusieurs permis de conduire. Dans une activité essentiellement debout avec de nombreux déplacements entre le poste de travail et les réfrigérateurs, en ce qui concerne le travail dans la cuisine, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Toutefois, le recourant avait tendance à saisir des charges dépassant la limitation médicalement indiquée. Par ailleurs, il avait apporté finalement un certificat médical indiquant une limitation au niveau du port de charges à 15 kg, ce qui était déjà connu. Pour le reste, il était tout à fait capable d'exercer durablement une seule et même activité. Il ne s'était pas plaint de douleurs pendant la mesure. Ses rendements étaient bons, en particulier en cuisine où sa qualité de travail a été évaluée à 100 %. Sur le plan de la quantité, le rendement était estimé à près de 80 %. Pour les livraisons, le constat était le même. L'assuré était donc dynamique dans le travail et prenait plaisir à être en action. Il n'avait d'ailleurs pas montré plus de fatigue en fin de journée. Toutefois, un épisode grippal ne lui avait pas permis d'effectuer la dernière semaine de la mesure. La reprise d'activité avait été bénéfique et le recourant se sentait prêt à reprendre une activité professionnelle. L'humeur était stable et, à part quelques discussions au sujet de ses ressources financières, l'état d'esprit très positif.

d. L'expertise du Dr L_____ remplit les réquisits jurisprudentiels, pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle a en effet été établie en connaissance

du dossier médical, prend en considération les plaintes du recourant, repose sur un examen clinique approfondi et arrive à des conclusions cohérentes.

Certes, les psychiatres traitants du recourant considèrent qu'il n'a aucune capacité de travail depuis 2003. Toutefois leurs avis ont été pris en compte par le Dr L_____ en 2013 et il n'appert pas que cet expert n'ait pas eu connaissance d'un élément médical nouveau et important.

Les appréciations médicales postérieures à l'expertise du Dr L_____ ne permettent pas non plus une évaluation différente de la capacité de travail et n'établissent pas une aggravation. En effet, selon le rapport du 4 mai 2015 de la Dresse G_____, les troubles psychiatriques restent stationnaires depuis le début du suivi du recourant à la consultation Servette, soit depuis juin 2003. Ses diagnostics sont un trouble anxieux et dépressif mixte et des troubles délirants persistants liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent. Selon les constatations de ce médecin, le discours du recourant est clair, cohérent et informatif, mais la reconstruction chronologique est confuse. Le recourant présente des troubles de l'attention, de la concentration et de la compréhension. Son humeur est fluctuante sur un versant dépressif avec une anhédonie importante, une aboulie, une fatigabilité, des difficultés à se projeter dans l'avenir avec un manque d'estime de soi, des troubles du sommeil sous forme de réveils nocturnes fréquents avec des ruminations anxieuses envahissantes, une irritabilité avec une hyperboulimie le soir à but anxiolytique, ce qui a aggravé les pathologies somatiques. Par ailleurs, il présente un fonctionnement délirant de type paranoïaque fixé notamment sur la disparition de sa première fille et le divorce de sa première épouse. A cela s'ajoutent des comorbidités somatiques qui intensifient les symptômes anxieux et se répercutent sur la capacité de travail. Le 26 juin 2015, le Dr H_____ du CAPPI Servette établit une attestation tout à fait similaire, voire identique à celle de la Dresse G_____, tout en ajoutant que le status psychiatrique du recourant ne s'est pas modifié de manière notable depuis la rédaction du dernier rapport en mars 2012.

Quant aux certificats médicaux du docteur M_____ des 14 avril et 13 mai 2015 attestant une incapacité totale de travailler depuis 2002, ils ne permettent pas non plus de conclure à une aggravation après l'expertise.

Au contraire, le stage d'orientation professionnelle confirme les conclusions du Dr L_____, selon lesquelles le recourant a encore une capacité résiduelle de travail. Durant le stage, le recourant a travaillé à 75 % avec un rendement de 80%, ce qui équivaut précisément à une capacité de travail de 60%.

Cela étant, la chambre de céans retient une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, en raison des troubles psychiques.

e. Le recourant fait valoir qu'il y a lieu d'apprécier sa capacité de travail également en fonction du diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il est vrai que ce diagnostic est mentionné par l'expert qui a rédigé l'appréciation consensuelle de

l'expertise du COMAI en 2005. Toutefois, à juste titre, le médecin du SMR a écarté ce diagnostic, dès lors que celui-ci n'a pas été émis par l'expert psychiatre. Quant à l'expert rhumatologue, il mentionne uniquement un tableau évocateur d'un syndrome somatoforme douloureux en raison de l'extension atypique des champs douloureux à l'ensemble de l'hémicorps gauche, tout en admettant une certaine corrélation radioclinique pour les douleurs cervico-brachiales gauches et un syndrome vertébral modéré dont l'ampleur des douleurs n'a pas de substrat objectif. Le Dr L_____ ne retient pas non plus le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, en expliquant que les plaintes dystoniques du recourant correspondent à l'ordinaire du trouble d'anxiété généralisée et que ce diagnostic n'est plus réapparu au dossier durant les dernières années. Il ne ressort pas non plus des certificats médicaux postérieurs à l'expertise. Cela étant, il n'y a pas lieu d'évaluer la capacité de travail sur la base de ce diagnostic.

f. S'agissant des atteintes somatiques, le recourant allègue que l'intimé ne les a jamais instruites depuis 2005, date de l'expertise COMAI. Toutefois, il ne précise pas de quelles atteintes physiques nouvelles il souffre, étant précisé que le COMAI a déjà retenu des limitations fonctionnelles pour un travail physiquement lourd et exigeant beaucoup de mobilité, en raison de cervico-brachialgies et d'un syndrome vertébral modéré. L'expert rhumatologue du COMAI expose à ce sujet que l'exercice d'une activité adaptée est exigible à plein temps d'un point de vue strictement rhumatologique, soit une activité s'effectuant principalement en position assise, permettant une alternance avec la position debout et évitant les positions contraignantes pour la nuque. Il ajoute également à cet égard "Il serait bien entendu intéressant de mettre l'assuré en observation professionnelle pour voir ses limitations fonctionnelle in vivo et surtout sa motivation." Or, même si l'examen par le COMAI est ancien, il s'est avéré, lors de l'orientation professionnelle fin 2014, que le recourant présente effectivement une capacité de travail résiduelle de 75% avec une diminution de rendement de 60% dans une activité adaptée.

Par ailleurs, le recourant ne fait pas état d'autres atteintes somatiques notables par la suite, excepté d'un diabète nécessitant de respecter un régime adapté à cette maladie (certificat du 7 mai 2015 du Dr D_____) et d'une limitation pour le port de charges supérieures à 15 kg (certificat du 29 avril 2015 du Dr N_____).

Partant, il y a lieu de considérer que l'état de santé physique est suffisamment investigué et qu'il permet l'exercice d'une activité adaptée à 100%.

10. Reste à déterminer la perte de gain du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au taux de 60 %.
 - a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

d. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête suisse des salaires - ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre

un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

e. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

11. a. En l'occurrence, le Dr E_____ a admis une aggravation, dans le sens d'une diminution de la capacité de travail de 40%, depuis août 2011. Ainsi, le droit à la rente naît une année après, soit en août 2012, étant précisé que le recourant a déposé sa demande en janvier 2012. Ainsi, l'année déterminante pour la comparaison des gains est 2012.

b. Le recourant n'ayant plus exercé d'activité professionnelle depuis au moins 1996, il y a lieu d'effectuer la comparaison des salaires avec et sans invalidité sur la base des mêmes données statistiques, à savoir les revenus de l'enquête suisse des salaires (ESS 2012) dans les tâches physiques ou manuelles simples (T1_skill_level, niveau 1), soit un revenu de CHF 63'540.-. Il n'y a notamment pas lieu de prendre en considération, à titre de revenu avec invalidité, les salaires statistiques relatifs au seul domaine des transports, comme l'a effectué l'intimé. En effet, le recourant peut également travailler dans d'autres activités, comme le stage d'orientation l'a démontré, et la limitation à un seul secteur paraît trop restrictif, indépendamment du fait qu'une telle façon de faire est contraire à la jurisprudence en la matière. Comme ce salaire tient compte d'une durée de travail de 40 heures et que la durée normale hebdomadaire de travail était en 2012 de 41,7 heures, ce

salaires doit être corrigé à CHF 66'240.45. Au taux de 60 %, le salaire sans invalidité est de CHF 39'744.25.

L'intimé a admis un rabatement supplémentaire de 10% des salaires statistiques pour tenir compte de l'âge du recourant et de son taux d'occupation de 75 %. Il n'a pas pris en considération les limitations fonctionnelles, estimant que cela avait déjà été pris en compte dans la capacité de travail. Toutefois, tel ne peut être admis dès lors que la réduction de la capacité de travail résulte d'atteintes psychiques et non pas somatiques. Partant, de l'avis de la chambre de céans, il y a lieu de tenir compte de ce critère et d'admettre une réduction des salaires statistiques de 15 %. Le salaire avec invalidité s'élève ainsi à CHF 33'782.60.

Par conséquent, la perte de gain, par rapport à un salaire sans invalidité de CHF 66'240.45.-, est de 49 %. Cela ouvre le droit à un quart de rente dès août 2012 non contesté.

12. Quant à la demande de révision du recourant du 19 septembre 2016, il y a lieu de rappeler que, selon l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2).

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. A 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 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 108 consid. 2b p. 114).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou

une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).

13. En l'occurrence, le recourant a étayé sa dernière demande par le certificat médical du 18 août 2016 du docteur J_____ du CAPPI, attestant qu'il y est suivi depuis juin 2003 pour des troubles psychiatriques, notamment un trouble anxieux et dépressif, qui restent stationnaires et réduisent sa capacité de travail. Selon cette attestation, il présente également des comorbidités somatiques qui intensifient les symptômes anxieux et se répercutent sur la capacité de travail. Ses troubles nécessitent un suivi psychiatrique mensuel et un traitement psychotrope.

Ce certificat ne permet pas de constater qu'il y a une aggravation de l'état de santé, dès lors qu'il en résulte uniquement que les troubles psychiatriques sont présents depuis 2003 et qu'ils sont stationnaires.

Ce n'est que dans le cadre du présent recours que le recourant a produit le rapport du 28 décembre 2016 de la Dresse K_____, attestant qu'il est suivi à la consultation du CAPPI depuis juin 2003 pour des troubles psychiatriques chroniques et qu'il bénéficie, depuis le 27 décembre 2016, du programme de soins ambulatoires intensifs en raison d'une péjoration de son état clinique évoluant progressivement depuis l'automne 2016. Certes, le recourant allègue avoir envoyé ce rapport déjà avant le prononcé de la décision du 17 janvier 2017 à l'intimé. Toutefois, cela ne résulte pas du dossier et n'est pas non établi par d'autres éléments.

Partant, l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la demande de révision et il appartient cas échéant au recourant de former une nouvelle demande dans ce sens.

14. Cela étant, le recours sera partiellement admis en ce qu'il est dirigé contre la décision du 21 mai 2015. Celle-ci sera annulée et le recourant mis au bénéfice d'un quart de rente dès août 2012. Par ailleurs, le recours dirigé contre la décision du 25 janvier 2017 sera rejeté.

15. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de dépens.
16. Dans la mesure où l'intimé succombe partiellement, l'émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge.

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

Statuant

1. Admet partiellement le recours dirigé contre la décision du 21 mai 2015.
2. L'annule.
3. Octroie au recourant un quart de rente d'invalidité à compter d'août 2012.
4. Rejette le recours contre la décision du 25 janvier 2017.
5. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de CHF 2'000.- au recourant à titre de dépens.
6. Met à la charge de l'intimé un émolument de CHF 200.-.
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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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