RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1899/2023 **ATAS/669/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 septembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourant
représenté par Me Sandy ZAECH, avocate

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1968, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), qui l'a reçue en date du 22 novembre 2021. L'assuré indiquait souffrir de dépression, depuis 2019, et être suivi par le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie.

b. Ce dernier a complété un questionnaire à l'attention de l'OAI, en date du 22 février 2022, en indiquant que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, en rémission partielle (F32.1). Sa capacité de travail dans son activité habituelle était estimée à 40 - 60% et à 60% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui étaient : la dépression, la fatigue et des troubles mnésiques.

c. En date du 15 février 2022, les docteurs C_____ et D_____, respectivement médecin adjoint et médecin interne au sein de la clinique de E_____ rattachée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ont rédigé une lettre de sortie, suite à un séjour de l'assuré à ladite clinique, du 14 au 17 décembre 2021. Il était mentionné que le patient avait été admis dans l'unité à la demande de son médecin traitant, le Dr B_____, pour soutien psychologique et « éloignement des facteurs de stress » avec comme diagnostic principal, la dépression. L'assuré s'était déclaré « déçu et insatisfait de son séjour » et avait décidé de regagner son domicile, le 17 décembre 2021, pour reprendre son suivi ambulatoire avec son psychiatre traitant.

d. À la demande du service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI, le psychiatre traitant a actualisé son appréciation, par courrier du 26 septembre 2022. Il confirmait suivre le patient depuis le 17 février 2021 et constatait une amélioration de la capacité de travail car « depuis le début la capacité de travail était nulle et elle est actuellement de 50% ». Les limitations fonctionnelles étaient l'intolérance au stress et les difficultés cognitives, avec des troubles de la mémoire, et sa capacité de travail était estimée, dans une activité adaptée, de 80 à 100%, sans stress, comme dans la restauration scolaire ou d'entreprise. Le Dr B_____ considérait que l'évolution était lentement positive, avec des périodes difficiles.

e. Par note du 7 novembre 2022, l'OAI a retenu, pour l'assuré, un statut d'actif, en considérant que selon toute vraisemblance, si l'assuré avait été en bonne santé, il aurait exercé une activité lucrative. Son degré d'invalidité a été calculé en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) et le tableau TA1_tirage_*skill_level* 1, aboutissant à un salaire annuel de CHF 51'497.- pour 42.5 h de travail hebdomadaire, avec une indexation négative (selon l'indice suisse nominal des salaires [ISS]), pour l'année 2022, conduisant à un montant de CHF 51'112.- en tant que revenu annuel brut sans invalidité. Le revenu annuel

brut avec invalidité était estimé à CHF 30'667.- en se fondant sur une capacité de travail de 60%. Après comparaison des revenus, la perte de gain subie était de CHF 20'445.-, ce qui correspondait à une perte de gain de 40%, qui représentait le degré d'invalidité.

B. **a.** Par projet de décision du 27 janvier 2023, l'OAI a informé l'assuré que ce dernier avait droit une rente s'élevant à 25% d'une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1er mai 2022 au 31 décembre 2022. Il ressortait de l'instruction médicale que son incapacité de travail était de 100% dans son activité habituelle dès le 17 février 2021 (début du délai d'attente d'un an) jusqu'au 19 février 2022. Dès le 20 février 2022, sa capacité de travail était de 50%. L'OAI était d'avis que la capacité de travail de l'assuré, dans une activité adaptée à son état de santé, était de 60% dès le 20 février 2022, puis de 90% dès le 26 septembre 2022. À l'échéance du délai d'attente, à savoir le 17 février 2022, l'assuré présentait une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. En se fondant sur un salaire annuel sans invalidité de CHF 51'112.- et un salaire avec invalidité de CHF 30'667.-, la perte de gain s'élevait à CHF 20'445.-, ce qui correspondait à 40% et donnait donc droit à 25% d'une rente entière d'invalidité. Dès lors que la demande de prestations était tardive (dépôt en date du 22 novembre 2021), la rente ne pouvait être versée qu'à partir du 1er mai 2022, à l'échéance du délai de six mois. Dès le 26 septembre 2022, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, au vu du rapport de son médecin traitant, et à partir de cette date, sa capacité de travail était de 90% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Suite à la comparaison des revenus, la perte de gain s'élevait à 10%, ce qui correspondait au degré d'invalidité et ne donnait pas droit à une rente. Trois mois après l'amélioration constatée en septembre 2022, soit en date du 31 décembre 2022, le quart de rente invalidité était supprimé.

b. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré a fait valoir, par courrier du 9 février 2023, que son état de santé s'était aggravé et qu'il était en attente du rapport de son médecin psychiatre. Ce dernier a transmis à l'OAI, en date du 13 mars 2023, un rapport médical faisant état d'une capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles de 80 à 100%, alors que sa capacité de travail dans son activité habituelle était de 40 à 60%. Le diagnostic était le même, soit une dépression (F32.1) avec des limitations fonctionnelles en raison de la dépression, de l'anxiété et des troubles cognitifs. L'état de santé du patient, depuis le début de la prise en charge, était évalué comme stationnaire avec une bonne observance thérapeutique. Le SMR de l'OAI, dans un avis médical du 20 mars 2023, a considéré que les nouveaux éléments apportés par l'assuré n'étaient pas susceptibles de modifier ses conclusions du 25 octobre 2022, qui avaient donné lieu au projet de décision contesté.

c. Par décision du 3 mai 2023, l'OAI a confirmé en tous points le projet de décision du 27 janvier 2023.

C. **a.** Par acte de son mandataire, posté en date du 5 juin 2023, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 3 mai 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Préalablement, il a demandé qu'une expertise pluridisciplinaire, soit psychiatrique et gastrologique notamment, soit ordonnée et que les médecins traitants de l'assuré soient entendus. Principalement, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision querellée et qu'une demi-rente d'invalidité lui soit octroyée, du 1er mai 2022 au 14 mars 2023, suivie d'une rente entière, à compter du 15 mars 2023, sous suite de frais et dépens. L'assuré alléguait que son état dépressif s'était aggravé suite à la décision de l'OAI ainsi qu'à de nombreux facteurs de stress liés à sa situation sociale et personnelle, ce qui était confirmé par son médecin traitant, la docteure F_____, spécialiste FMH en médecine générale. De surcroît, il était nécessaire de tenir compte de problèmes gastriques, lesquels étaient pris en charge par le docteur G_____, spécialiste FMH en gastroentérologie. La capacité de travail de 60% avait été fixée à tort par l'OAI car cette dernière ne dépassait pas 50% selon le rapport du 26 septembre 2022 du Dr B_____. Il joignait en annexe, notamment, une lettre de sortie de la clinique de E_____, datée du 26 avril 2023 et se rapportant à un séjour du 15 au 23 mars 2023 en vue d'une réhabilitation. Le diagnostic principal consistait en des troubles anxiodépressifs et le motif d'admission était l'éloignement des facteurs de stress et le soutien psychologique dans le contexte d'un épisode dépressif moyen. À la sortie, le patient devait reprendre son suivi ambulatoire avec son psychiatre. Selon un contrat de travail, annexé, daté du 9 novembre 2022, l'assuré était employé par la société H_____, en qualité de livreur, à raison de 21 h par semaine, dès le 1er décembre 2022.

b. Par réponse du 26 juin 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant, notamment, sur l'appréciation de son SMR et sur les conclusions médicales du médecin psychiatre de l'assuré qui attestait, dans son rapport médical du 13 mars 2023, d'une capacité de travail de l'assuré de 40 à 60% dans l'activité habituelle et de 80 à 100% dans une activité adaptée. Les nouvelles pièces médicales qui avaient été examinées par le SMR ne permettaient pas de constater un élément médical objectif pour une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il était notamment mentionné que deux jours après que le médecin traitant psychiatre a considéré, dans son rapport du 13 mars 2023, que le trouble dépressif de l'assuré demeurait en rémission partielle, ce dernier avait été hospitalisé à la clinique, pour éloignement des facteurs de stress mais n'était resté hospitalisé que pendant une semaine, avec une rapide amélioration de la thymie et de l'anxiété décrite par les soignants, ce qui avait conduit à ce que l'assuré interrompe par lui-même, la durée de son séjour. Ainsi, le SMR considérait que l'aggravation était de courte durée et non sévère, ce qui l'amenait à maintenir ses précédentes appréciations du cas. Enfin, l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre des mesures d'investigations complémentaires.

c. Par réplique de son mandataire du 27 juillet 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions, insistant notamment sur son hospitalisation à la clinique de E_____ le 26 avril 2023 ainsi que sur l'existence d'un problème de reflux gastro-œsophagien (ci-après : RGO) pour lequel aucune amélioration n'était à espérer.

d. Par duplique du 22 août 2023, l'OAI a persisté dans ses conclusions tout en rappelant, suite à l'annonce d'une nouvelle hospitalisation en date du 21 juillet 2023, que les faits survenus postérieurement à la décision devaient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative et que seuls pouvaient être retenus, dans le cadre de la présente procédure, les faits antérieurs à la décision querellée du 3 mai 2023.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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. À 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82*a* LPGA *a contrario*).

4. Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, l'assuré était âgé de 54 ans au 1er janvier 2022 et son droit à la rente est né avant cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de 30 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.

6. Le litige porte sur la quotité et la limitation dans le temps de la rente d'invalidité octroyée au recourant.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 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. 28 al. 2 LAI).

8.

8.1 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 I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

8.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections

psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

8.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (*cf*. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

8.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019

consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

9. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

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

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

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

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

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

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

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

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore

faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, *in* : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, *in* : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

10.

10.1 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

10.2 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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).

10.3 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).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour

qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).

En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (*cf.* ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (*cf*. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

12. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf*. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. En l'espèce, le recourant considère que sa capacité de travail a été mal évaluée par l'intimé et que ses troubles psychiques ont été sous-estimés. De surcroît, il fait valoir des troubles somatiques, soit une carence en vitamine D, une hypofolatémie et des épigastralgies chroniques qui, selon lui, concourent à diminuer sa capacité de travail. Il conteste, notamment, l'appréciation de son psychiatre traitant quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée.

L'intimé, de son côté, se fonde principalement sur les rapports médicaux du psychiatre traitant du recourant pour évaluer sa capacité de travail et l'évolution de cette dernière, ainsi que sur les rapports médicaux de la clinique de E_____. Il estime que l'amélioration de l'état de santé du recourant, telle qu'elle est confirmée par son médecin psychiatre, a conduit à une amélioration de sa capacité de travail.

14.1 En ce qui concerne les troubles psychiques, le SMR s'est fondé sur les trois rapports médicaux du Dr B_____.

Le premier rapport rendu à l'attention de l'OAI, daté du 22 février 2022, diagnostique un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, en rémission partielle. Néanmoins, la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré est évaluée à 40 - 60%, et à environ 60% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

À la suite de ce rapport, le SMR propose, dans son avis du 5 septembre 2022, d'interroger à nouveau le psychiatre traitant afin de déterminer le début de l'incapacité de travail ainsi que son évolution. Selon le courrier du Dr B_____ du 26 septembre 2022, la capacité de travail est à présent de 50% alors qu'elle était nulle auparavant. La capacité de travail dans une activité adaptée serait de 80 à 100% sans stress, comme dans la restauration scolaire ou d'entreprise et l'évolution est jugée lentement positive avec des périodes difficiles.

Dans son dernier rapport du 13 mars 2023 (soit après réception du projet de décision du 23 janvier 2023), le Dr B_____ rappelle le diagnostic d'épisode dépressif sévère tout en ajoutant à nouveau que ce dernier est « en rémission partielle », avec une évaluation de la capacité de travail de 40 à 60% dans l'activité habituelle et de 80 à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

En conclusion, le psychiatre traitant constate une évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle, qui passe de 0% (en février 2021 lors des premières consultations) à 50% dans son rapport du 26 septembre 2022. À la même époque, il considère que la capacité de travail dans une activité adaptée a évolué dès lors qu'elle est passée de 60% (rapport du 22 février 2022) à 80 - 100%, au mois de mars 2023.

Aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute les appréciations du psychiatre traitant, le recourant ne le conteste d'ailleurs pas, se contentant de déclarer dans son mémoire de recours (p. 10), d'une manière très générale, que ladite capacité dans une activité adaptée n'a jamais été testée et qu'elle est, dès lors, toute relative.

S'agissant de l'attestation du 2 juin 2023, la Dre F_____ mentionne être le médecin traitant de l'assuré depuis le mois de décembre 2020 et constate une aggravation de l'état dépressif de ce dernier, en date du 24 mai 2023, suite à la décision querellée et à de nombreux facteurs de stress liés à sa situation sociale et personnelle difficile, qui perdure depuis 2021. Elle ajoute que selon le rapport de la clinique de E_____ du 26 avril 2023 « qu'il [le recourant] va vous faire parvenir », il y aurait une péjoration de son état psychologique qui durerait depuis plusieurs mois et qui aurait mené son psychiatre à demander cette hospitalisation. La docteure en conclut qu'il n'y a donc pas d'amélioration de l'état de santé de son patient depuis le 26 septembre 2022, contrairement à ce qui est mentionné dans la décision attaquée.

Il sied tout d'abord de rappeler que la Dre F_____ n'est pas psychiatre et que l'on doit accorder une compétence plus avérée au Dr B_____ pour se prononcer sur la capacité de travail de son patient, soumis à des troubles psychiques qui entrent dans le domaine de sa spécialité médicale.

De surcroît, et cela ressort clairement de la lettre de sortie du 26 avril 2023 de la clinique de E_____, l'appréciation de la Dre F_____ de « péjoration de son état psychologique », prétendument fondée sur la lettre de sortie, est erronée.

En effet, à la lecture de la lettre de sortie du 26 avril 2023 de la clinique, il est mentionné, sous diagnostic principal, les troubles anxiodépressifs. Le status psychiatrique décrit un patient calme, collaborant lors de l'entretien, un contact visuel présent, orienté aux quatre modes, pas de troubles de l'attention ou de la concentration, pas de troubles mnésiques objectivés lors de l'entretien. Le discours d'un flux normal est informatif et cohérent à tonalité correcte. La thymie est triste avec pleurs durant l'entretien et l'anxiété rapportée. Il n'y a pas d'idées de mort passive et pas d'idées suicidaires et l'assuré s'engage à faire appel, en cas de besoin, à l'équipe soignante. Sous la rubrique des troubles anxiodépressifs, les médecins mentionnent qu'après une prise en charge interdisciplinaire, avec des entretiens médicaux infirmiers, « le patient verbalise une amélioration sur le plan thymique et une diminution des angoisses avec une amélioration de son sommeil ». Il bénéficie d'un programme de physiothérapie centré sur la détente, l'antalgie et le reconditionnement physique, qui contribue à une reprise de rythme et à la diminution de son anxiété. Pour le retour à domicile, les médecins mentionnent que l'assuré est conscient de l'importance d'être à l'écoute de ses limites et qu'il pourra utiliser les outils acquis durant son séjour pour la gestion de son anxiété. Il est encore précisé que l'assuré demande une sortie prématurée de la clinique, « afin de préparer le Ramadan ».

La lecture du rapport de la clinique permet ainsi de constater une amélioration de l'état psychologique du recourant, verbalisée par ce dernier, contrairement à ce que déclare la Dre F_____ dans son attestation du 2 juin 2023.

À cet égard, il faut rappeler que l'on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique, sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

14.2 S'agissant des troubles somatiques allégués par le recourant, force est de constater qu'ils ne sont pas mentionnés dans la demande de prestations invalidité.

Ce n'est qu'après que la décision querellée a été rendue que le recourant a fait valoir lesdits troubles.

La lettre de sortie de la clinique du 1er juin 2021 mentionne dans les diagnostics secondaires une hypofolatémie ainsi qu'une perturbation des tests hépatiques. Au niveau du traitement, il est indiqué une supplémentation par acide folique 5 mg à raison d'un comprimé le matin pendant un mois pour l'hypofolatémie et une perturbation des tests hépatiques qui pourrait être liée à l'introduction de l'acide folique depuis le début de l'hospitalisation.

La lettre de sortie de la clinique du 26 avril 2023 mentionne dans les diagnostics secondaires une carence en vitamine D et une hypofolatémie. Il est suggéré que l'assuré traite cette dernière, par acide folique à raison de 5 mg par jour, pendant un mois et une supplémentation de vitamine D à 1600 UI/jour sur une durée de trois mois est conseillée en ambulatoire. Les épigastralgies chroniques sous traitement d'IPP sont mentionnées en tant que comorbidité.

Le Dr G_____ s'est exprimé sur les troubles somatiques dans son rapport médical du 1er mars 2022, qui ne fait mention d'aucune interaction entre le trouble somatique constaté (le RGO) et la capacité de travail, étant précisé qu'il estime que le pronostic est favorable, sous traitement IPP et qu'aucune réserve n'est mentionnée dans son rapport médical quant à l'impact de ce trouble somatique sur la capacité de travail du recourant.

14.3 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que les rapports médicaux du Dr B_____, psychiatre traitant du recourant depuis plusieurs années, présentent une valeur probante qui justifie que le SMR de l'OAI se soit fondé sur ces derniers pour estimer la capacité de travail de l'assuré. Aucun élément objectif ne permet de conclure à une aggravation de l'état de santé du recourant depuis le mois de septembre 2022. Les séjours à la clinique de E_____ sont de courte durée et chaque fois interrompus à l'initiative du recourant. Les lettres de sortie de la clinique ne font pas apparaître une péjoration de l'état de santé psychique. Les troubles somatiques sont mentionnés sous diagnostic secondaire ou comorbidité avec, à chaque fois, une recommandation de prise en charge médicamenteuse qui doit être suivie par le recourant à sa sortie de la clinique.

14.4 Se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves et convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, la chambre de céans estime superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références) ou d'ordonner une expertise judiciaire.

L'audition du Dr B_____ est superflue dès lors que ce dernier s'est déjà largement exprimé dans ses rapports médicaux ; il en est de même de l'audition de la Dre F_____, qui s'est exprimée dans son attestation du 2 juin 2023, ainsi que du Dr

G_____, ce dernier s'étant déjà exprimé dans son rapport médical du 1er mars 2022.

14.5 Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère que le recourant n'est pas parvenu à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail inférieure à celle retenue par l'intimé dans la décision querellée, pas plus qu'une aggravation de son état de santé, entre le mois de septembre 2022 et la date de la décision querellée.

Étant encore précisé que le contrat de travail à 50% avec la société H_____, daté du 9 novembre 2022, communiqué par le recourant, ne démontre aucunement la capacité de travail du recourant mais résulte de la liberté contractuelle des parties.

14.6 En ce qui concerne le mode de calcul du taux d'invalidité et le montant des revenus avec et sans invalidité, retenus par l'intimé, ils ne sont pas contestés par le recourant. Les explications figurant dans les notes de précision de l'OAI du 23 janvier 2023, quant à l'utilisation du tableau ESS afin de déterminer le revenu annuel brut avec et sans invalidité, sont valides, dès lors que les derniers revenus perçus par l'assuré ne sont pas réguliers. En effet, il ressort de l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré que les trois derniers montants enregistrés sont les suivants : un montant de CHF 1'670.- à titre d'indemnité de chômage, le 1er mars 2017, un montant de CHF 6'000.- de la société TRADALCO SA en liquidation, en date du 1er mai 2017, et enfin un montant de CHF 12'180.- de FHSA, en date du 3 septembre 2018. Partant, il se justifiait de se fonder sur les ESS pour estimer les revenus avec et sans invalidité.

14.7 Par ailleurs, le calcul du délai d'attente d'un an par l'OAI et la fin de la rente située trois mois après l'amélioration constatée ne prêtent pas le flanc à la critique. La prise en compte d'une capacité de travail de 50% dès le 17 février 2022 correspond à l'évaluation du psychiatre traitant qui l'a estimée à 40 – 60% dans l'activité habituelle et 60% dans une activité adaptée (rapport du Dr B_____ du 22 février 2022).

14.8 Enfin, des mesures de réadaptation ne se justifient pas, comme cela ressort du mandat de réadaptation du 6 janvier 2023 qui conclut que les conditions d'octroi ne sont pas remplies et que par ailleurs, il existe suffisamment d'activités sur le marché équilibré qui ne nécessitent pas de formation particulière, tout en rappelant que l'assuré a d'ailleurs retrouvé un poste de livreur de boissons, à 50%, dès le mois de décembre 2022.

15. Le recours sera donc rejeté.

16. Pour le surplus, il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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	Philippe KNUPFER

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