RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/280/2023 **ATAS/530/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2023

Chambre 9

En la cause

A_____ recourant

représenté par ASSUAS Association suisse des assurés

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente ; Andres PEREZ, Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1968, originaire du Kosovo et de nationalité suisse depuis 2009, est marié et père de quatre enfants nés en 1996, 1998, 2001 et 2005.

b. L'intéressé a travaillé en qualité de marbrier et plâtrier jusqu'en 2000, puis en tant qu'employé de blanchisserie à 50% (activité adaptée) du 1er mars 2011 au 5 mai 2017, date à partir de laquelle il a été en arrêt maladie. Il n'a plus travaillé depuis lors.

c. Le contrat de travail de l'assuré a été résilié par son employeur pour le 31 mars 2018.

B. **a.** Le 19 décembre 2000, l'assuré a déposé, auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), une première demande de prestations visant à l'octroi d'une rente d'invalidité. L'assuré a fait valoir qu'il souffrait de lombosciatique S1 droit avec déficit sensitif, de lombalgies chroniques, d'obésité et de séquelle de maladie de Scheuermann.

b. Par décision du 16 décembre 2003, l'OAI lui a accordé un quart de rente dès le 8 mai 2001 (degré d'invalidité de 42%) et une demi-rente pour cas pénible dès le 1er juillet 2002. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de marbrier/plâtrier depuis le 8 mai 2000 et sa capacité de travail résiduelle, dans une activité adaptée, était de 75%.

c. Le 10 août 2004, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de révision de son droit à une rente d'invalidité.

d. Par décision sur opposition du 3 mai 2007, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1er mai 2006 au 31 octobre 2006 en raison d'une opération chirurgicale intervenue au mois d'avril 2006 (hernie discale L4-L5) donnant lieu à un degré d'invalidité de 100% pendant cette période. Pour le surplus, l'OAI a constaté que, malgré une légère aggravation de son état de santé, la perte de gain n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente. L'intéressé devait donc bénéficier d'un quart de rente dès le 1er novembre 2006.

e. Par jugement du 27 février 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision de l'OAI du 3 mai 2007. Ce jugement a été annulé par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 5 janvier 2009. Contrairement à ce qu'avait retenu l'OAI, il n'y avait pas lieu de s'écarter du dernier salaire réalisé par l'assuré (plâtrier) et de se référer aux données statistiques au motif que le dernier employeur avait fait faillite (arrêt du Tribunal fédéral 9C_238/2009 du 5 janvier 2009 consid. 4 et 5).

f. Par décision du 7 avril 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 50%, à compter du 1er novembre 2006.

C. **a.** En date du 12 décembre 2017, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations, en invoquant une récidive de hernie discale lombaire L4 - L5 gauche depuis le mois de janvier 2017.

À l'appui de cette demande, l'assuré a produit les rapports médicaux du docteur B_____, neurochirurgien (rapport du 6 mai 2017), du docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie (rapport du 10 mai 2017) et du docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie (rapport du 22 mai 2017). L'intéressé a également produit le rapport du 14 septembre 2017 établi par le docteur E_____, spécialiste en neurochirurgie, attestant d'une recrudescence des lombosciatalgies gauches.

b. Dans un rapport du 22 février 2018 établi à la demande de l'assurance perte de gain, le docteur F_____, rhumatologue, a indiqué que l'assuré présentait un syndrome cervico-vertébral important et un syndrome radiculaire du membre inférieur gauche qui entraînaient une incapacité de travail complète, même dans un poste de travail adapté.

c. Selon un certificat médical établi le 20 juin 2018 par le Dr F_____, la capacité de travail de l'assuré était de 50% dès le 1er juillet 2018 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir changer et alterner régulièrement les positions assis-debout au moins deux fois par heure, ne pas porter de charge de manière régulière et répétitive supérieure à 7-10 kg, ni marcher de manière prolongée plus de 30 à 60 minutes sans possibilité de pause.

d. Selon le rapport d'expertise établi à la demande de l'assurance perte de gain, le 9 août 2018, par la docteure G_____, spécialiste FMH en rhumatologie auprès du Centre d'expertises médicales (CEMed), le pronostic de guérison était relativement bon en raison de l'amélioration progressive des douleurs et de l'absence de séquelle neurologique. Selon la spécialiste, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F_____ dans son rapport du 20 juin 2018 étaient justifiées et raisonnables, ainsi que sa proposition de reprise du travail au 1er juillet 2018 dans une activité adaptée respectant ces limitations.

e. Dans un rapport du 18 octobre 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est fondé sur les rapports des Drs F_____ et G_____ susvisés pour retenir une incapacité de travail totale du 6 mai 2017 au 30 juin 2018, puis une capacité de travail de 50% dans l'activité d'employé de blanchisserie (activité adaptée) dès le 1er juillet 2018.

f. Dans un projet de décision du 17 janvier 2019, l'OAI a alloué au recourant une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2017 au 30 juin 2018. Se fondant sur le rapport du SMR du 18 octobre 2018, l'OAI a retenu une évolution favorable de l'état de santé du recourant et lui a accordé un droit à une demi-rente, sur la base d'un taux d'invalidité de 50%, dès le 1er juillet 2018.

g. À la fin du mois de janvier 2019, l'assuré s'est opposé au projet de décision susvisé et a adressé à l'OAI un rapport de la docteure H_____, médecin

responsable du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), du 3 décembre 2018. Selon ce rapport, l'assuré présentait une thymie basse, mais conservait un bon élan vital. L'intéressé avait par ailleurs eu des idées suicidaires, mais n'en présentait plus « actuellement ». Dès lors que l'assuré ne faisait pas l'objet d'un suivi psychothérapeutique, la Dre H_____ a proposé que ce dernier bénéficie d'un soutien psychologique.

h. Dans le cadre de cette procédure, le docteur I_____, psychiatre, a complété des rapports médicaux à la demande de l'OAI (rapport reçu par l'OAI le 9 mai 2019, rapport du 7 novembre 2019 et rapport du 27 mars 2020) à teneur desquels il a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (code F 32.2 du CIM-10). La capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle depuis le 14 mars 2019, soit depuis le début de son suivi, sans qu'il ne soit toutefois en mesure de se prononcer pour la période antérieure à cette date. Le spécialiste a par ailleurs indiqué, dans son rapport de mai 2019, que la capacité de travail de l'intéressé était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles imposées par ses douleurs et son état dépressif (fatigue, thymie dépressive, perte de motivation et d'énergie, troubles de la concentration, irritabilité, intolérance au stress et découragement), précisant qu'une telle activité « serait éventuellement possible d'ici six mois, si son état dépressif s'amélior[ait] », tout en relevant que « la reprise d'une activité professionnelle quelconque [était] impossible » compte tenu de la chronicité des problèmes de santé. L'évolution de l'état de santé de l'assuré était par ailleurs stationnaire.

i. Selon l'avis du docteur J_____, médecin SMR, du 28 mai 2019, la description de l'état psychique de l'assuré effectuée par le Dr I_____ ne correspondait pas à celle d'un état dépressif sévère en raison de l'absence d'idées noires et suicidaires, de la poursuite des activités ménagères, de la gestion des enfants, de la fréquence des consultations (toutes les 2-3 semaines) et de l'absence de pleurs. Par conséquent, il n'était pas compréhensible que la capacité de travail ne soit pas de 50% « dès maintenant ».

j. Le 17 octobre 2019, l'assuré a subi une intervention neurochirurgicale qui a confirmé la compression inflammatoire de la racine L5 et la mise en place d'une cage intersomatique.

k. Selon un avis du SMR du 19 février 2020, la capacité de travail de l'intéressé était nulle pour toute activité professionnelle, mais son état de santé n'était pas stabilisé en raison de la nouvelle intervention chirurgicale du 17 octobre 2019.

l. Dans un rapport du 27 mars 2020, le Dr I_____ a confirmé son diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 14 mars 2019. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles constatées dans ses rapports précédents. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était également nulle

de manière irréversible. L'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis le 14 mars 2019 et la fréquence des consultations était d'une fois toutes les trois semaines environ.

m. Dans un questionnaire du 16 septembre 2020, à la question « [d'] un point de vue de votre spécialité, votre patient est-il en mesure de reprendre son/une activité professionnelle ? », le docteur K_____, médecin - assistant en chirurgie orthopédique aux HUG, a répondu « à réévaluer ». Concernant la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, ce médecin a indiqué que le dernier arrêt de travail était intervenu du 8 novembre 2019 au 15 janvier 2020 et a préconisé la reprise d'une activité professionnelle à 50% dès le 16 janvier 2020.

n. Par avis du 21 octobre 2020, le SMR s'est fondé sur les conclusions du Dr K_____ pour retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, avec une incapacité de travail totale du 11 octobre 2018 au 16 janvier 2020.

o. En date du 31 octobre 2020, l'OAI a adressé à l'assuré la motivation de son projet de décision d'acceptation de rente du 17 janvier 2019, contesté par l'assuré, en tenant compte des nouveaux éléments médicaux soumis par ce dernier. L'OAI a ainsi décidé d'octroyer à l'assuré :

- une rente entière d'invalidité du 1er décembre 2017 au 30 juin 2018 sur la base d'un degré d'invalidité de 100% ;
- une demi-rente d'invalidité du 1er juillet 2018 au 30 septembre 2018 sur la base d'un degré d'invalidité de 50% ;
- une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2018 au 31 janvier 2020 sur la base d'un degré d'invalidité de 100% ;
- une demi-rente d'invalidité à partir du 1er février 2020 sur la base d'un degré d'invalidité de 50%.

L'état de santé de l'assuré s'était aggravé du 6 mai 2017 au 30 juin 2018. À compter du 1er juillet 2018, l'autorité avait constaté une évolution favorable de l'état de santé de l'intéressé, ce qui lui avait permis de retrouver sa capacité de travail de 50%. L'OAI a ainsi estimé que l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle à son taux habituel de 50% dès le 1er juillet 2018, sans qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne soit par ailleurs indiquée. L'office a toutefois reconnu une nouvelle incapacité de travail et de gain de 100% dans toutes activités confondues pour la période d'octobre 2018 à janvier 2020, ce qui ouvrait le droit à une rente entière pour cette période. Dès le 1er février 2020, l'OAI a estimé que l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle à son taux habituel de 50%, aucune mesure d'ordre professionnel n'étant par ailleurs indiquée.

p. Par décision du 14 décembre 2020, l'OAI a adressé à l'assuré une décision fondée sur le degré d'invalidité tel que retenu dans sa motivation du 31 octobre 2020.

D. **a.** Par acte du 1er février 2021, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce qu'elle soit annulée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans interruption du 1er juillet 2018 au 30 septembre 2018, ainsi qu'au-delà du 1er février 2020. Subsidiairement, il a requis l'audition du Dr I_____ et a conclu au renvoi de la cause auprès de l'OAI pour instruction complémentaire, notamment au niveau psychiatrique.

b. Dans un avis médical du 15 avril 2021, le médecin du SMR a rappelé que, dans son rapport du 27 mars 2020, le Dr I_____ avait retenu une incapacité totale de travail pour des raisons psychiatriques. Dès lors, même si une amélioration sur le plan somatique avait été décrite par les orthopédistes dès le mois de janvier 2020, il convenait de prendre en compte l'atteinte psychiatrique en sus de l'atteinte du rachis, surtout en présence d'une suspicion de trouble somatoforme douloureux retenue par les consultants de la douleur. Le SMR préconisait donc une reprise de l'instruction dans ce sens.

c. Par réponse du 23 avril 2021, fondée sur l'avis du SMR du 15 avril 2021, l'intimé a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire et à l'annulation de la décision du 14 décembre 2020.

d. Par arrêt du 18 mai 2021, statuant d'accord entre les parties, la chambre de céans a annulé la décision de l'intimé du 14 décembre 2020 et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire (cf. ATAS/490/2021 du 18 mai 2021).

E. **a.** Dans le cadre de la reprise de l'instruction, l'OAI a invité le Dr I_____ à lui transmettre un nouveau rapport médical, ce qui a été fait le 21 octobre 2021. Dans ce rapport, le Dr I_____ a réitéré le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (code F 32.2 CIM-10) et a retenu une capacité de travail nulle dans son activité habituelle au moins depuis le mois de mars 2019, lorsque le suivi médical avait débuté. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (anxiété, perte de motivation, troubles de la concentration, fatigue, intolérance au stress, catastrophisme, troubles du sommeil et douleurs chroniques et rebelles), la capacité de travail était également nulle et cela de manière probablement définitive.

b. Par courrier du 16 mars 2022, se fondant sur l'avis du SMR du 7 janvier 2022, l'OAI a informé l'assuré et son représentant qu'une expertise médicale bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, était nécessaire afin de clarifier son droit aux prestations.

c. Le 23 juin 2022, le Bureau d'expertises médicales (ci-après : BEM) a rendu une expertise rhumato-psychiatrique établie par la docteure L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et par le docteur M_____, spécialiste en psychiatrie. Les

diagnostics rhumatologiques incapacitants étaient des lombalgies chroniques L3-L4 droites, L5-S1 bilatérales (sciatalgies au décours), des troubles dégénératifs multi-étagés de L2-L3 à L5-S1, un status après discectomie L5-S1 le 14 septembre 2009, un status après herniectomie interlamaire L4-L5 gauche le 10 avril 2006, un status après TLIF L4-L5 le 17 octobre 2019, des cervicalgies intermittentes (brachialgies au décours), une hernie discale paramédiane gauche avec retentissement sur le trou de conjugaison à gauche sévère déjà présente en 2005, une arthrose facettaire postérieure prédominant au C5-C6 et C6-C7 bilatérale, une uncarthrose C4-C5 bilatérale prédominant à droite et C5-C6 bilatérale prédominant à gauche. La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était de quatre heures par jour depuis la fin du mois d'avril 2020, soit un taux de 50%. Toutefois, en raison de l'entorse du genou gauche de stade II du compartiment interne intervenue le 19 avril 2021, la reprise n'était possible qu'à partir du 19 septembre 2021, étant précisé que la performance du recourant ne serait pas réduite. Ce dernier devait éviter les mouvements répétitifs en flexion/extension et rotation axiale du rachis lombaire, limiter les inclinaisons latérales et la position en extension du rachis lombaire lors d'une activité avec les bras au-dessus des épaules, éviter de marcher sur les terrains accidentés et ne pas emprunter de manière répétée des escaliers. La descente accroupie et en chevalier servant était possible, ainsi qu'à genoux, mais de manière non répétitive. Le travail en hauteur était à proscrire, tout comme le port de charge excédant 8 kg de manière non répétitive et 3-4 kg de manière répétitive, ainsi que le soulèvement de charge depuis le sol. S'agissant de la problématique cervicale, il fallait éviter les mouvements répétitifs en rotation et le travail en extension des cervicales avec les membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules. Le recourant pouvait en revanche conduire son véhicule sur de petits trajets. Concernant la problématique du genou, il convenait d'éviter la marche sur des terrains instables. L'expert a précisé que la performance dans une activité adaptée ne serait pas réduite et que le temps de présence maximal dans cette activité adaptée était de quatre heures par jour au terme des six mois post-opératoires, soit fin avril 2020, l'opération ayant eu lieu au mois d'octobre 2019. Concernant le volet psychiatrique de l'expertise, le diagnostic était celui d'un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (code F 32.11 CIM-10). La capacité de travail dans la dernière activité exercée était de 70% en raison d'une baisse de performance de 30%. La capacité de travail avait été totale (100%) depuis toujours et jusqu'à la constatation de l'épisode dépressif au mois de mars 2019, puis de 70% dès cette date. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, celle-ci avait aussi été de 100% depuis toujours jusqu'à mars 2019, puis de 70% depuis cette date. L'activité devait requérir peu de sollicitations intellectuelles, avec un travail répétitif et sans prise de décision importante immédiate. Une baisse de performance de 30% persistait car, malgré une activité répétitive, le recourant pouvait être amené à être en situation anxieuse et présentait en outre une bradypsychie légère. Il existait

également une fatigue et une fatigabilité qui pouvaient s'exprimer même dans une activité adaptée.

En conclusion, les deux experts ont retenu, de manière consensuelle et pour des raisons essentiellement rhumatologiques, une incapacité de travail totale de mai 2017 au 30 juin 2018 en raison d'une récidive de hernie discale L4-L5. Se fondant sur le rapport d'expertise de la Dre G_____ du CEMed du 9 août 2018, les experts se sont accordés sur une capacité de travail de 50% dès le 1er juillet 2018. L'état de santé de l'assuré s'étant aggravé au mois de juin 2019 (récidive d'hernie discale L4-L5 et opération chirurgicale ayant eu lieu le 17 octobre 2019), les experts ont retenu une incapacité de travail totale depuis début juin 2019 et jusqu'au mois d'avril 2020, en tenant compte de six mois de période post-opératoire depuis l'opération du 17 octobre 2019. Une capacité de travail de 50% était ensuite retenue depuis fin avril 2020 et jusqu'au 19 avril 2021, date à laquelle l'assuré avait subi une entorse au genou gauche. En raison de cette entorse, les experts ont retenu une incapacité de travail totale depuis le 19 avril 2021 et jusqu'au 18 septembre 2021. Dès le 19 septembre 2021, la capacité de travail de l'assuré était de nouveau de 50% dans l'activité adaptée. L'expert psychiatre a en outre suggéré, à titre de recommandations thérapeutiques, l'augmentation de la fréquence des consultations et de la médication en antidépresseurs. Concernant le pronostic, il y avait des chances d'amélioration faibles, mais possibles. En effet, l'épisode dépressif, qui évoluait depuis plusieurs années et qui était résistant à certains traitements, ainsi que la situation sociale de l'assuré, en particulier celle en rapport avec le couple, étaient limitants.

d. Se ralliant aux conclusions de l'expertise, le SMR a retenu, dans un rapport du 28 juin 2022, que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans la première activité de marbrier/plâtrier depuis l'an 2000. Quant à la capacité de travail dans l'activité adaptée de responsable de blanchisserie, l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dès le mois de mai 2017, une capacité de 50% dès le 1er juillet 2018, une incapacité totale de travail dès le 1er juillet 2019, une capacité de travail de 50% dès le 17 avril 2020, une incapacité totale de travail dès le 19 avril 2021 (en tenant compte de l'entorse au genou) et une capacité de travail de 50% dès le 19 septembre 2021.

e. Par projet de décision du 19 juillet 2022, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer :

- du 1er décembre 2017 au 30 juin 2018, une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% ;
- du 1er juillet 2018 au 30 juin 2019, une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50% ;
- du 1er juillet 2019 au 30 avril 2020, une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% ;

- du 1er mai 2020 au 30 avril 2021, une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50% ;
- du 1er mai 2021 au 30 septembre 2021, une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% ;
- à partir du 1er octobre 2021, une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50%.

f. Par décision du 8 décembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 19 juillet 2022. Il a en outre requis la restitution du montant de CHF 22'251.-, correspondant au trop-perçu de rente déjà versé pour la période du 1er juillet 2017 au 30 juin 2019.

F. **a.** Par acte du 24 janvier 2023, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée sans interruption du 1er juillet 2018 au 30 septembre 2018 [*recte* : 30 juin 2019] et au-delà du 30 septembre 2021. En substance, le recourant a fait valoir que l'intimé n'avait pas tenu compte des rapports médicaux du Dr I_____ et que, suivant l'avis du SMR, il s'était écarté de ceux-ci sans réelle motivation. Le recourant a également relevé des incohérences entre les constatations respectives des deux médecins-experts (perception différente de la personnalité du recourant, de sa tendance procédurière et de sa situation familiale), alors même que le mandat d'expertise requérait un consensus parfait entre les deux spécialistes.

b. Dans sa réponse du 27 février 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Relevant que le recourant contestait principalement l'évaluation médicale retenue et concluait à une rente d'invalidité sans interruption entre le 1er juillet 2017 et le 30 juin 2019 et au-delà du 30 septembre 2021, il a indiqué que le rapport d'expertise rédigé à la suite de l'examen clinique satisfaisait manifestement aux exigences définies par la jurisprudence et devait donc se voir reconnaître pleine valeur probante. En outre, contrairement à ce que soutenait le recourant, les rapports médicaux du Dr I_____ faisaient partie du dossier qui avait été soumis aux experts, de sorte qu'ils n'avaient pas été ignorés par l'intimé. Par ailleurs, à teneur de l'expertise, le Dr M_____ avait expressément expliqué son distancement du diagnostic de dépression du Dr I_____ non pas lorsqu'il s'était prononcé sur l'existence d'une personnalité émotionnellement labile, mais en constatant un épisode dépressif moyen, avec symptôme somatique. Enfin, les éléments divergents anamnestiques mis en avant par le recourant ne permettaient pas de remettre en cause les constatations des experts.

c. Par réplique du 3 avril 2023, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Il peinait à comprendre la raison pour laquelle, en présence de constatations similaires (les mêmes faits rapportés quant aux limitations dans le quotidien, l'absence de sociabilité et l'incapacité à s'investir dans une activité quelconque) et en l'absence d'éléments nouveaux, l'expert psychiatre s'était écarté

du diagnostic du psychiatre traitant en retenant un épisode dépressif moyen et non pas un épisode dépressif sévère.

d. Par lettre du 22 mars 2023 adressé à l'OAI, le Dr I_____ a réitéré le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2 du CIM-10) et a retenu une incapacité de travail totale de manière définitive.

e. Le 13 avril 2023, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 ; LPA – E 5 10 LPA), le recours est recevable.

2. 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, la décision querellée concerne une demande de révision d'une demi-rente octroyée le 7 avril 2009, en raison d'une aggravation survenue avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. Il convient, en premier lieu, de déterminer l'objet du litige.

3.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques

déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

3.2 L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions. Il suffit que le tribunal puisse déduire de l'acte de recours ce que souhaite le recourant et pour quels motifs la décision contestée est, d'après lui, erronée sur le plan factuel ou juridique. Si les conclusions manquent, le tribunal examinera s'il peut les déduire de la motivation. Cette dernière permet également d'interpréter, conformément au principe de la bonne foi, des conclusions qui seraient formulées de manière peu claire (ATF 134 V 131 consid. 1.2; Jean MÉTRAL, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 43 ad art. 61 LPGA).

3.3 En l'espèce, le recourant était au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité et a invoqué, par le biais d'une nouvelle demande de prestations datée du 12 décembre 2017, une aggravation de son état de santé. Dans la décision querellée, l'intimé a retenu une incapacité de travail totale, dans toutes activités confondues, dès le 1er mai 2017, en raison de la récidive d'hernie discale L4-L5, et a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière dès le 12 décembre 2017. Ayant estimé que l'état de santé du recourant s'était amélioré à compter du 1er juillet 2018, l'autorité a retenu une capacité de travail de 50% dans toutes activités et a mis le recourant au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50%, dès cette date. Ayant constaté que l'état de santé de l'intéressé s'était péjoré en raison de l'aggravation des lombalgies au mois de juin 2019, l'intimé a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité et a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière dès le 1er juillet 2019. Retenant que l'état de santé du recourant s'était amélioré dès le 17 avril 2020, celui-ci a été mis au bénéfice d'une demi-rente dès le 1er mai 2020. L'état de santé du recourant s'étant ensuite aggravé dès le 19 avril 2021 suite à l'entorse au genou gauche, l'intimé a mis le recourant au bénéfice d'une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1er mai au 30 septembre 2021. Constatant finalement que l'état de santé du recourant s'était amélioré dès le 19 septembre 2021, l'intimé lui a octroyé une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50%, dès le 1er octobre 2021.

Dans son mémoire de recours, le recourant a conclu à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans interruption entre le 1er juillet 2018 et le 30 septembre 2018, et au-delà du 30 septembre 2021. Or, tel que l'a relevé l'intimé dans son mémoire de réponse, la date du 30 septembre 2018 correspond en réalité à la date du 30 juin 2019 (cf. mémoire de réponse du 27 février 2023, p. 1). Par ailleurs, bien que cela ne figure pas expressément dans les conclusions prises par le recourant, il ressort de la motivation du recours que ce dernier conteste également l'octroi d'une demi-rente, en lieu et place d'une rente

entière, pour la période comprise entre le 1er mai 2020 et le 30 avril 2021 (cf. mémoire de recours du 24 janvier 2023, p. 14).

Ainsi, au vu de la décision attaquée et de la motivation du recours, la chambre de céans retiendra que le recourant conteste le refus de l'intimé de lui accorder une rente entière d'invalidité, plutôt que le droit à une demi-rente d'invalidité, du 1er juillet 2018 au 30 juin 2019, du 1er mai 2020 au 30 avril 2021 et dès le 1er octobre 2021. Le litige porte donc sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, en lieu et place d'une demi-rente, durant les périodes susmentionnées.

4.

4.1 Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

4.2 Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012

consid. 5.1). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les références).

5.

5.1 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).

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

5.2 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 ; 102 V 165

consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent 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 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

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).

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).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

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).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Etant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage

non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la

douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

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).

5.3 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

5.4 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).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 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.

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).

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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent

de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit

l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

7. 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; 126 V 353 consid. 5b; 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).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de marbrier/plâtrier depuis le 8 mai 2000 (cf. décision de l'intimé du 16 décembre 2003). S'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée, celle-ci est de 50%, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, depuis le 1er novembre 2006 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_238/2009 du 5 janvier 2009, chiffre 1 du dispositif ; décision de l'intimé du 7 avril 2009).

Le recourant ayant déposé une demande de prestations le 12 décembre 2017, il s'agissait pour l'intimé de déterminer les limitations fonctionnelles de l'intéressé ayant potentiellement une incidence sur sa capacité de travail résiduelle. Pour ce faire, l'intimé a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, auprès du Dr M_____, psychiatre, et de la Dre L_____, rhumatologue.

Il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante de ce rapport d'expertise bi-disciplinaire adressé à l'intimé le 23 juin 2022.

La chambre de céans observe que les experts ont chacun pris connaissance du dossier complet du recourant, présenté des anamnèses détaillées et retranscrit précisément les informations livrées par le recourant s'agissant, particulièrement, de ses plaintes et de ses habitudes (description de la journée-type) et des traitements suivis. Ils ont en outre argumenté les diagnostics retenus quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail.

Le rapport d'expertise bi-disciplinaire susvisé remplit donc, *a priori*, les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

À titre liminaire, il est relevé que l'intimé s'est fondé sur ce rapport d'expertise bi-disciplinaire pour rendre la décision litigieuse et que le recourant ne remet pas en cause les conclusions du volet rhumatologique de celui-ci.

Dans ces conditions, la chambre de céans fait siennes les conclusions du volet rhumatologique de l'expertise.

Sur le plan psychiatrique, l'expert a retenu le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F 32. 11 CIM-10) depuis le mois de mars 2019. Selon l'expert psychiatre, la capacité de travail du recourant dans l'activité exercée en dernier lieu était de 70% en raison d'une baisse de performance de 30%, dès lors que ce dernier présentait de la fatigue et de la fatigabilité, un envahissement du champ des pensées en raison des difficultés rencontrées dans son couple et une bradypsychie légère. De ce fait, le travail devait être répétitif, sans prise de décision immédiate et sans traitement des informations simultanées (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 44).

Il ressort en outre du volet psychiatrique de l'expertise que l'expert a effectué une analyse des indicateurs jurisprudentiels pertinents.

S'agissant du traitement (consid. 4.3.1.2), l'expert a relevé que le recourant voyait un psychiatre tous les mois depuis mars 2019 et qu'il avait bénéficié d'un traitement par CYMBALTA et BRINTELLIX qu'il avait mal toléré. L'intéressé avait ensuite bénéficié d'un traitement par VENLAFAXINE qui avait été augmenté, mais arrêté par la suite en raison d'effets secondaires qui se sont avérés être en lien avec un traitement pour la prostate. Un traitement par SERTRALINE avait ensuite été mis en place. De l'avis de l'expert, on pouvait espérer une amélioration de l'humeur du recourant et une augmentation de la posologie était souhaitable (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, pp. 79-80).

S'agissant du complexe de la personnalité (consid. 4.3.2), l'expert psychiatre a constaté chez le recourant une baisse de l'estime de soi, ce dernier ayant toujours tenté de subvenir aux besoins de son entourage. Le recourant avait aussi fait part d'un sentiment d'injustice depuis l'enfance (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 44).

S'agissant du contexte social (consid. 4.3.3), l'expert a indiqué que le recourant avait de bons rapports avec ses enfants, mais pas avec son épouse. Ses enfants acceptaient sa maladie, contrairement à son épouse qui lui faisait des reproches, sans qu'il n'en comprenne la raison. Il n'avait qu'un seul ami qu'il ne voyait que très peu. Lorsqu'il le voyait, ils buvaient un café et discutaient ensemble. Le recourant ne rapportait pas d'activité artistique, associative ou sportive. L'expert a ainsi retenu que la situation sociale, en particulier la situation de couple, était limitante (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 74).

Sous l'angle de la cohérence (consid. 4.4), l'expert n'a pas remarqué d'incohérence, mais a toutefois relevé que le recourant n'avait pas montré de signes de douleur durant l'entretien (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 45).

S'agissant des ressources (consid. 4.3.2), l'expert a retenu qu'elles existaient puisque le recourant pouvait structurer et planifier les tâches (notamment organiser sa venue au centre d'expertise tout seul et se rendre à ses rendez-vous médicaux) et s'adapter facilement aux règles et aux routines, sa journée-type étant assez structurée. Le recourant ne présentait pas de véritables difficultés au

changement (pas d'anticipation anxieuse aux situations nouvelles). Il n'avait pas de diplôme, mais il avait toujours pu s'adapter, étant relevé que, dans son dernier emploi, il avait su organiser son travail. En outre, concernant le contact avec les autres, l'expert a indiqué que le recourant avait un bon contact, qu'il pouvait travailler en groupe, qu'il acceptait la hiérarchie et qu'il ne recherchait pas le conflit. Le recourant était en outre capable de prendre soin de lui-même et acceptait les traitements et le suivi médical. L'expert a enfin relevé que le recourant était capable de conduire et de prendre les transports en commun (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 80).

Enfin, s'agissant des comorbidités (consid. 4.3.1.3), le recourant présente, certes, des troubles somatiques concomitants (des lombalgies chroniques, des troubles dégénératifs multi-étagés, des cervicalgies intermittentes, une hernie discale, une arthrose facettaire postérieure et une uncarthrose), mais il ressort toutefois du volet rhumatologique de l'expertise que ceux-ci n'empêchent pas la pratique d'une activité adaptée à mi-temps pendant les périodes litigieuses (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, pages 44 et 46), étant précisé que les experts ont expressément indiqué que la capacité de travail retenue de manière consensuelle était essentiellement motivée pour des raisons rhumatologiques (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 47).

Au vu de ce qui précède, il sera retenu que l'expertise psychiatrique a été établie conformément à la jurisprudence applicable et a valeur probante.

8.1 Dès lors, il s'agit d'examiner les arguments du recourant et de déterminer si ceux-ci sont à même de remettre en cause les conclusions de l'expertise susvisée.

8.1.1 Dans un premier moyen, le recourant soutient que l'expert psychiatre se serait écarté du diagnostic du psychiatre traitant alors même qu'il était en présence de constatations similaires (les mêmes faits rapportés quant aux limitations dans le quotidien, l'absence de sociabilité et l'incapacité à s'investir dans une activité quelconque) et en l'absence d'éléments nouveaux.

Il ressort toutefois du volet psychiatrique de l'expertise que le Dr M_____ a expressément expliqué les raisons pour lesquelles il avait retenu le diagnostic d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, et non pas un épisode dépressif sévère tel que l'avait retenu le Dr I_____ : ainsi, il existait chez le recourant une humeur triste, une perte d'élan vital, un pessimisme, une légère bradypsychie avec parfois des idées suicidaires passives de mort, une fatigue et une fatigabilité, mais que la plupart de ces symptômes étaient d'intensité moyenne. Le recourant n'avait toutefois pas d'intention suicidaire et le spécialiste ne retenait pas d'éléments psychotiques associés. Ce dernier a en outre précisé que l'épisode dépressif existait depuis mars 2019, soit depuis la date de la première consultation auprès du Dr I_____. L'expert a donc considéré qu'il n'existait pas d'antécédent de dépression, même si le recourant avait rapporté quelques éléments traumatiques, ce qui éliminait le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Il n'y

avait pas non plus lieu de retenir un trouble affectif bipolaire en raison de l'absence d'antécédent de phase maniaque ou hypomaniaque. L'expert M_____ a également écarté une anxiété généralisée, car le recourant ne présentait pas d'anxiété constante ou flottante, précisant que ce dernier pouvait sortir de chez lui pour marcher. Pour cette raison également, le spécialiste avait exclu une agoraphobie. L'expert n'avait pas non plus retenu de trouble panique, même si l'intéressé avait décrit des crises d'angoisse, dès lors que l'intensité décrite ne permettait pas de retenir une véritable attaque de panique. Le recourant n'avait pas indiqué de sensation de déréalisation et de dépersonnalisation, étant précisé que les traitements antidépresseurs avaient permis une amélioration clinique. Il n'était pas non plus retenu de troubles addictifs dès lors que l'anamnèse clinique, associée à l'examen clinique, était en accord avec les résultats des examens biologiques. En outre, dès lors que le recourant manquait d'estime de soi, qu'il avait été fragilisé dans son enfance par un sentiment d'insécurité et qu'il était très perturbé par les difficultés rencontrées avec son épouse, sans toutefois présenter de crainte excessive de l'abandon, l'expert n'avait pas retenu de trouble de la personnalité émotionnellement labile, étant relevé que l'intéressé n'était pas explosif et que ses relations étaient stables. De plus, il existait certes chez le recourant une méfiance, mais pas une hypertrophie du moi, ni de tendance procédurière, ce qui avait poussé l'expert à ne pas retenir un trouble de personnalité paranoïaque. Le recourant n'évoquait pas de crainte excessive de la critique, même s'il pouvait être déçu dans les relations aux autres, de sorte que le spécialiste écartait la personnalité évitante. Le Dr M_____ a également écarté un trouble de la personnalité dépendante dès lors que l'intéressé pouvait prendre des décisions seul. Tout trouble de personnalité anankastique était également écarté au motif que le recourant ne présentait pas de perfectionnisme entravant l'achèvement des tâches, ni de trouble obsessionnel compulsif. L'expert n'avait pas non plus retenu de troubles somatoformes au motif que l'intéressé ne cherchait pas de sollicitation accrue de la part de l'entourage. Enfin, l'anamnèse ne permettait pas de retenir d'antécédents d'épisode dépressif sévère et il n'y avait pas d'éléments psychotiques associés, ni de véritables scénarisations de mort. La description clinique était certes proche de celle d'un épisode dépressif sévère, avec une anhédonie et une aboulie, mais l'irritabilité n'était pas majeure, même s'il existait une tension interne.

La chambre de céans constate ainsi que l'expert psychiatre a motivé de manière claire et complète les motifs pour lesquels il s'était écarté du diagnostic retenu par le psychiatre traitant. Au vu des motifs ainsi retenus, l'argument du recourant ne permet pas de remettre en cause le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par les experts.

8.1.2 Dans un deuxième moyen, le recourant allègue que les rapports médicaux de son psychiatre traitant n'ont pas été pris en compte par l'intimé dans le cadre de l'examen de sa demande de prestations.

La chambre de céans relève cependant que l'intimé a dûment tenu compte des rapports médicaux établis par le psychiatre traitant dès lors que ceux-ci ont été soumis aux experts et que, en particulier, l'expert psychiatre s'y est expressément référé pour justifier le diagnostic retenu (cf. consid. 8.1.1 ci-dessus). L'argument du recourant tombe ainsi à faux.

8.1.3 Dans un troisième argument, le recourant soutient que les deux experts ont retenu une perception différente de sa personnalité, alors que le mandat d'expertise requiert un consensus parfait entre les deux spécialistes.

Selon le rapport d'expertise, l'expert psychiatre s'est écarté du diagnostic d'épisode de dépression sévère retenu par le psychiatre traitant au motif qu'il n'avait pas constaté de trouble de la personnalité émotionnellement labile, car le recourant n'était pas explosif et que les relations étaient stables. Or, l'expert rhumatologue a noté que le recourant était devenu agressif lorsque les questions portaient sur une reprise éventuelle du travail, que ce dernier avait perdu patience lorsque l'expert lui avait demandé en quoi « actuellement » il serait incapable de reprendre une activité à 50% au même poste dans une blanchisserie et qu'il n'avait pas su se justifier, répondant avoir un problème psychologique le limitant sur le plan fonctionnel dans une proportion de 50%. Il apparaît ainsi que les deux experts ont certes décrit l'attitude du recourant durant leurs entretiens respectifs de manière différente. Il est cependant relevé que l'un des objectifs d'une expertise bi-disciplinaire ou multidisciplinaire est d'établir, dans un rapport de synthèse, si les incapacités de travail attestées par divers spécialistes se recouvrent partiellement ou entièrement, le taux d'incapacité de travail procédant toujours d'une évaluation globale (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5420/2017 du 15 juin 2022 consid. 11.3 et les références citées).

Or, dans le cas d'espèce, les experts n'ont pas évalué la capacité de travail de manière contradictoire, mais bel et bien de manière consensuelle, comme cela ressort expressément de la troisième partie de leur rapport intitulée « évaluation consensuelle » (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, pp. 40-47). Les experts ayant abouti à un consensus quant au résultat, à savoir une capacité de travail de 50% dans l'activité adaptée durant les périodes litigieuses, la chambre de céans retiendra que le troisième argument du recourant tombe aussi à faux.

8.1.4 Dans un quatrième argument, le recourant conteste l'évaluation de son anxiété telle que retenue par l'expert psychiatre, à savoir l'absence d'anxiété généralisée au motif qu'il n'y avait pas d'anxiété constante, l'anamnèse psychiatrique systématique faisant certes ressortir que l'intéressé était très régulièrement anxieux, mais que les périodes d'angoisse très fortes s'étaient améliorées grâce à la prise d'un traitement par somnifère. Le recourant conteste cette évaluation au motif qu'elle serait en contradiction avec la teneur du rapport du Dr I_____ du 21 octobre 2021, ce spécialiste n'ayant pas constaté d'amélioration au niveau de l'anxiété grâce à la prise de somnifères.

La chambre de céans relève qu'il ressort expressément du volet psychiatrique de l'expertise que l'expert psychiatre s'est fondé sur les propres déclarations du recourant pour écarter toute anxiété constante (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, pp. 76 et 79). En outre, à la lecture du volet rhumatologique de l'expertise, le recourant a déclaré être « plus triste qu'angoissé » et qu'il n'avait pas eu de crise d'angoisse récente, précisant en outre que « depuis l'introduction des antidépresseurs, et notamment de la Sertraline, il [était] moins agressif avec [son] entourage, qu'il [avait] moins d'angoisses [et] qu'il ne pleur[ait] plus […] » (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 54). Force est ainsi de constater que l'amélioration du niveau de l'anxiété du recourant est attestée par les propres déclarations faites par ce dernier le jour de l'expertise, de sorte que ce quatrième argument n'est pas non plus de nature à remettre en cause l'expertise administrative.

8.1.5 Le recourant conteste en outre la conclusion du Dr M_____ selon laquelle un épisode dépressif moyen doit être retenu au motif que l'anamnèse clinique ne permet pas de retenir d'antécédents d'épisodes dépressifs sévères, cette affirmation étant contraire aux constatations du Dr I_____ qui avait pourtant retenu un épisode dépressif sévère dans ses rapports du 7 novembre 2019, du 23 juillet 2020 et du 21 octobre 2021. La chambre de céans constate toutefois que l'expert psychiatre a indiqué que l'épisode dépressif existe depuis mars 2019, soit depuis la date de la première consultation auprès du Dr I_____, et qu'il n'existait pas d'antécédent de dépression, même si le recourant avait rapporté quelques éléments traumatiques (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 78). C'est donc de manière fondée que l'expert psychiatre a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent pour ce motif.

8.1.6 Le recourant fait par ailleurs valoir une contradiction entre la qualification de l'entente familiale retenue par l'expert psychiatre, soit une situation du couple « actuellement délicate », et celle retenue par l'expert rhumatologue, à savoir une bonne entente familiale. Cette différence de qualification n'est toutefois pas suffisante pour contester la force probante de l'expertise bi-disciplinaire, ce d'autant plus que l'expert psychiatre a tenu compte de cette limitation lors de l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés du recourant pour établir son diagnostic (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 80).

8.1.7 Enfin, dans un argument que l'on peine à comprendre, le recourant conteste l'absence de tendance procédurière retenue par l'expert psychiatre dès lors qu'il a recouru à cinq reprises contre des décisions rendues par l'intimé et « [d'] autres administrations ».

Le recourant n'explique toutefois pas en quoi le fait d'avoir contesté des décisions entre 2007 et 2017 aurait une influence sur le diagnostic retenu et la chambre de céans ne le discerne pas non plus, étant précisé que l'atteinte à la santé psychique du recourant est établie depuis le 14 mars 2019 au plus tôt, lorsque le suivi médical auprès du psychiatre traitant a débuté. En tout état de cause, le recourant

ne démontrant pas en quoi le fait de présenter une tendance procédurière serait susceptible de modifier le diagnostic retenu par les experts, il apparaît que cet argument n'est pas non plus de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise.

8.2 La chambre de céans relève qu'au vu de la description de la journée-type du recourant et de ses hobbies tels que décrits dans le rapport d'expertise, le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par l'expert psychiatre est cohérent et permet d'écarter une incapacité totale de travail.

En effet, il ressort du volet psychiatrique du rapport d'expertise que la journée-type de l'intéressé se déroule de la façon suivante : il se lève à 7h30 le matin, prend un café, se rend à la salle de bains et prend ses médicaments. Il peut s'arrêter pour boire un café à l'extérieur. Il s'arrête à plusieurs reprises, puis rentre à la maison et se repose. Il peut se rendre aux différents rendez-vous médicaux et fait rarement les tâches ménagères. Il fait de petites courses seul et fait les plus grandes courses avec son épouse en prenant la voiture. Il regarde la télévision et ne lit pas beaucoup car il manque de concentration. Il mange entre 12h00 et 14h00 et entre 19h30 et 20h00. Il prépare rarement à manger, uniquement pour lui (lorsque les repas sont à faire pour l'ensemble de la famille, il ne s'en occupe pas). Il va se coucher vers 23h00 – 23h30 et s'endort de façon variable. Il est réveillé la nuit par des douleurs cervicales (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 75). Au titre des loisirs, il ressort du volet rhumatologique de l'expertise que le recourant a pour habitude de faire une balade le matin et l'après-midi, soit dans la rue, soit dans la campagne, pendant environ 1h – 1h30 avec des pauses et qu'il regarde la télévision. Le week-end, l'intéressé se rend assez souvent aux matchs de foot amateurs à Aïre ou dans d'autres stades, étant précisé que s'il n'y a pas de place assise, il a une chaise pliante dans le coffre, mais qu'il lui arrive toutefois de s'accouder à la barrière en position fléchie des genoux (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 57). Le recourant s'est par ailleurs rendu en vacances au Kosovo à deux reprises en 2021 (cf. rapport d'expertise du 23 juin 2022, p. 74).

Au vu de ces éléments, la chambre de céans constate qu'il existe une discordance entre la description de la journée-type et des loisirs du recourant, d'une part, et le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par le psychiatre traitant, d'autre part.

Or, conformément à la jurisprudence applicable, 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

Par conséquent, la chambre de céans retiendra que l'argumentation exposée par le recourant ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire quant à sa capacité de travail dans l'activité adaptée du

1er juillet 2018 au 30 juin 2019, du 1er mai 2020 au 30 avril 2021 et à partir du 1er octobre 2021, ni d'apporter la preuve d'une limitation entièrement invalidante durant ces mêmes périodes de temps, étant rappelé que, selon la jurisprudence applicable, l'absence de preuve doit être supportée par le recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

C'est ainsi à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer une rente entière d'invalidité au recourant pour les périodes susmentionnées.

Enfin, au vu de ce qui précède et par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la chambre de céans ne donnera pas suite à l'audition du psychiatre traitant sollicitée par le recourant.

9. Mal fondé, le recours est rejeté.

10. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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