



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3289/2018

ATAS/673/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juillet 2019

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mirolub VOUTOV

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1963, a travaillé en Suisse essentiellement comme carrossier de 1984 jusqu'au 30 septembre 1996. Souffrant de lombalgies basses chroniques, il a déposé, le 24 juin 1997, une première demande de prestations tendant à des mesures professionnelles auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
2. Selon un compte-rendu d'IRM lombaire du 12 août 1996, l'assuré présentait des séquelles sévères d'une maladie de Scheuermann avec spondylo-discarthrose lombaire étagée de caractère inflammatoire en L2 et L4-L5, caractérisée par des protrusions discales postérieures en L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Il y avait une petite hernie discale sous-ligamentaire postéro-médiane en L5-S1, non sténosante.
3. L'OAI a accordé à l'assuré diverses prestations, en particulier des mesures professionnelles visant à l'acquisition d'une formation de bureau et commerciale ainsi que des indemnités journalières. L'assuré a obtenu un diplôme d'employé de bureau avec option informatique en juin 2001, un diplôme d'employé de commerce avec option informatique et gestion en juin 2002, puis un CFC d'employé de commerce en septembre 2003.
4. Au terme des mesures professionnelles, par décision du 29 janvier 2004, confirmée par décision sur opposition du 22 septembre 2006, l'OAI a refusé le droit à une rente au motif qu'avec l'obtention du CFC, l'assuré avait la possibilité de réaliser un revenu qui excluait le droit à la rente. Cette décision est entrée en force.
5. Le 21 septembre 2009, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à des mesures de réadaptation professionnelle et à une rente. Il avait travaillé comme comptable à 100% du 1^{er} mai 2005 au 30 juin 2006, avant d'être au chômage et de percevoir des indemnités de l'assurance-chômage du 1^{er} juillet 2006 au 15 janvier 2008. Depuis lors, il avait travaillé comme mandataire comptable à 40% du 1^{er} février 2008 au 31 mars 2009 et comme agent fiduciaire à 50% dès le 30 octobre 2008. Un délai cadre d'indemnisation de l'assurance-chômage était ouvert du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2011. L'assuré était en incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} avril 2009 pour une dépression.
6. Dans un rapport du 21 octobre 2009, la doctoresse B_____, cheffe de clinique au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen (F32.1) existant depuis septembre 2008, des lombalgies sur maladie de Scheuermann et une hernie discale connue. Elle suivait l'assuré depuis le 16 septembre 2008 et auparavant, celui-ci avait consulté à fin septembre 2008 le docteur C_____, médecine interne, en raison d'une symptomatologie anxiodépressive. Il était séparé de sa femme depuis juillet 2008. Les symptômes consistaient en une fatigue importante, une aboulie, des troubles de concentration et une aggravation des troubles du sommeil. Le traitement consistait en entretiens médico-infirmiers hebdomadaires, thérapie groupale jusqu'à trois fois par semaine

et traitement médicamenteux psychotrope. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 16 septembre 2009 étant précisé que le Dr C_____ attestait d'une incapacité de travail de 100% depuis avril 2009. L'assuré présentait des restrictions psychiques sous forme de troubles de la concentration et de difficultés de gestion des démarches administratives. Le rendement était diminué de 100% en raison de sa maladie psychiatrique.

7. Selon un rapport établi le 29 mars 2010 par le docteur D_____, chef de clinique au Département de psychiatrie des HUG, l'assuré présentait également un trouble de la personnalité sans précision. Ce diagnostic était présent depuis l'adolescence, mais n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Il suivait l'assuré depuis le 11 novembre 2009. Il n'y avait plus d'aboulie et les troubles du sommeil s'étaient amendés. Il n'y avait que peu de verbalisation par rapport à sa séparation qui était le facteur principal de la crise actuelle. L'évolution était lentement favorable depuis début mars 2010, mais l'assuré avait néanmoins une certaine résistance à reprendre une activité professionnelle avec une anxiété anticipatoire de ne pas être à la hauteur. L'amélioration permettait une reprise à 50% dans son activité de comptable dès le 1^{er} avril 2010. Lors de son entretien, il n'avait pas observé la fatigue majeure, les troubles de la concentration ou mnésiques importants décrits par l'assuré.
8. Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 29 mars 2010 réalisée à la demande de l'assurance perte de gain, le docteur E_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21). Les symptômes de ce trouble s'étaient installés chez l'assuré suite à sa séparation à la fin 2008 et étaient à l'origine de l'incapacité de travail entière attestée dès le 1^{er} avril 2009. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a également diagnostiqué une personnalité avec traits narcissiques, histrioniques et émotionnellement immatures accentués. Selon la CIM-10, un trouble de l'adaptation ne durait pas plus de six mois une fois que le facteur de stress avait disparu et la réaction dépressive prolongée pouvait durer plus de six mois mais pas au-delà de deux ans. Toutefois, les symptômes pouvaient persister au-delà de six mois s'ils survenaient en réaction à un facteur de stress prolongé ou à un facteur de stress dont les conséquences étaient durables. Chez l'assuré, le facteur de stress principal consistait en des conflits répétitifs avec son épouse et demande de séparation inattendue de celle-ci auxquels s'étaient ajoutés des soucis financiers. Les conséquences psychosociales de ces facteurs de stress persistaient sous la forme d'une grande incertitude quant à l'avenir professionnel et privé, ainsi que de soucis financiers de plus en plus graves. Malgré l'existence de la psychopathologie actuelle, on pouvait identifier certains traits de la personnalité émotionnellement immature et histrionique ainsi que marquée par un grand narcissisme. On pouvait également constater une tendance nette à la dramatisation avec une attitude parfois très démonstrative et dramatisante partiellement imputable à la blessure narcissique ainsi qu'à la grande demande de

reconnaissance de sa souffrance. L'état psychique de l'assuré était encore marqué par une symptomatologie anxio-dépressive plutôt légère à moyenne au maximum selon l'impression clinique et en appliquant les échelles psychométriques standardisées. Une reprise de l'emploi était de nouveau exigible au moins à 50% à partir du 1^{er} avril 2010 au plus tard. En continuant la prise en charge psychiatrique, une augmentation progressive semblait possible durant deux mois et la capacité devait à nouveau être considérée comme entière dès le 1^{er} juin 2010 au plus tard.

9. Dans un avis du 22 avril 2010, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré sur la base de l'expertise du Dr E_____, que l'affection psychiatrique de l'assuré ne justifiait aucune incapacité durable. Théoriquement, la capacité de travail était entière depuis toujours, sans limitation fonctionnelle justifiée.
10. Par projet de décision du 23 avril 2010 confirmé par décision du 4 juin 2010, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et n'a pas reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au vu de l'appréciation du SMR, qui retenait une capacité de travail et de gain raisonnablement exigible dans toute activité, malgré l'atteinte à la santé. Cette décision est entrée en force.
11. Le 24 novembre 2016, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à des mesures professionnelles et à une rente. Il était divorcé depuis le 5 décembre 2013 et percevait (depuis le 1^{er} avril 2012) des prestations de l'Hospice général (ci-après : HG). Il était en incapacité de travail à 100% depuis 2009 pour une atteinte à la santé psychique et physique.
12. Dans le cadre de l'HG, l'assuré a effectué un stage d'évaluation à l'emploi du 30 avril au 25 mai 2012 auprès des Établissements publics pour l'intégration. Dans le bilan du 25 mai 2012, le répondant du stage a mentionné de très bonnes capacités cognitives, un raisonnement rapide et de la curiosité intellectuelle. L'assuré était complètement autonome et transmettait avec facilité ainsi qu'avec un certain plaisir ses savoirs à ses pairs. La qualité du travail était excellente et l'assuré avait une productivité supérieure à la normale au vu du nombre de documents réalisés. À priori, il n'avait pas de frein à l'employabilité. Au vu de ses compétences et capacités professionnelles, il était proche, voire très proche de l'emploi.
13. Par courrier du 2 décembre 2016, l'OAI a observé qu'une nouvelle demande devait établir de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée depuis la dernière évaluation de manière à influencer le droit aux prestations. Par conséquent, il a imparti à l'assuré un délai de trente jours pour lui communiquer tous documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la décision, notamment un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante.
14. Selon un rapport du 13 janvier 2017 établi par le professeur F_____, médecin responsable de la consultation de la mémoire des HUG, l'assuré avait été examiné les 14 et 16 décembre 2016, puis revu le 13 janvier 2017 dans le cadre d'une

évaluation de troubles mnésiques. Il décrivait des troubles de la mémoire prospective, de légères difficultés de la mémoire épisodique, des oublis des noms et des informations à contenu verbal, ainsi qu'un trouble majeur de la concentration. Il s'en était rendu compte environ trois à quatre mois auparavant. L'évaluation clinique mettait en évidence des performances cognitives se situant dans les normes et n'était pas évocatrice d'une atteinte focale ou neurodégénérative sous-jacente. Un foetor alcoolique avait été constaté lors des deuxième et troisième examens. Les plaintes de l'assuré étaient à mettre en lien avec sa psychopathologie, un probable syndrome sérotoninergique et des probables effets secondaires d'un des antidépresseurs. Par ailleurs, une possible participation d'une consommation d'alcool à risque ne pouvait pas être exclue.

15. Par courrier du 23 mars 2017, l'OAI a informé l'assuré que les pièces produites lui permettaient d'entrer en matière sur la nouvelle demande, de sorte qu'il procédait à l'instruction de celle-ci.
16. Selon le rapport établi le 24 juin 2017 par la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, les atteintes à la santé qui avaient conduit au dépôt de la demande AI étaient un épisode dépressif traité depuis 2008 et suivi au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (CAPPI), ainsi que des lombalgies chroniques et une spondylo-discarthrose étagée sévère. L'assuré était déprimé et recevait un traitement psychotrope prodigué par un psychiatre depuis 2009. S'agissant des lombalgies chroniques, il était très symptomatique et souffrait de douleurs chroniques variables, exacerbées après un effort physique ou une marche prolongée. En janvier 2017, il avait été opéré d'un tunnel carpien des deux côtés. Les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée consistaient en un ralentissement psycho-moteur important, une fatigabilité, une anxiété, de la nervosité, des douleurs lombaires chroniques irradiant dans le membre inférieur gauche variables en intensité, ainsi qu'une possible persistance de faiblesse et perte de force dans les mains.
17. D'après le rapport établi le 14 août 2017 par la doctoresse H_____, interniste au CAPPI de la Servette, l'assuré était suivi par le centre depuis octobre 2012 et par elle-même depuis le 1^{er} novembre 2016. Il avait consulté le CAPPI de la Jonction de septembre 2009 à mai 2011. Il était connu pour un trouble anxio-dépressif. Il bénéficiait de consultations toutes les quatre à six semaines et d'un traitement psychotrope avec deux antidépresseurs. Il présentait une symptomatologie anxio-dépressive ainsi que probablement une dysthymie. Il se plaignait principalement de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Il avait des difficultés à se tenir à jour avec les démarches administratives et se laissait facilement submerger par celles-ci ce qui pouvait entraîner des difficultés financières. Il était très isolé socialement. Il présentait une aboulie avec difficultés à se mobiliser et à envisager l'avenir. Son humeur était basse sans idéation suicidaire. Il se dévalorisait et avait un sentiment de perte importante. Ses faibles capacités d'élaboration rendaient difficiles l'ouverture à d'autres perception de sa situation. Son sommeil

était perturbé par des ruminations et il était très anxieux pour sa santé. Il était actuellement en incapacité de travail et cela vraisemblablement depuis le début de son suivi en octobre 2012. Les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée consistaient en difficultés d'adaptation, diminution de l'attention et de la concentration, troubles de la mémoire et fatigabilité importante. Étant sans travail depuis de nombreuses années, il était déconditionné, avait perdu confiance en ses compétences sociales et avait un rythme lent.

18. Par communication du 22 décembre 2017, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique qu'il a confiée au professeur I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Il a transmis à l'assuré le questionnaire destiné à l'expert et lui a accordé un délai pour lui faire part de questions complémentaires ainsi que d'éventuels motifs pertinents de récusation.
19. Dans son rapport du 6 avril 2018 consécutif à son examen du 15 mars 2018, le Prof. I_____ a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une neurasthénie (F 48.0) dès 2008 et une dysthymie (F 34.1) dès 2008. L'assuré se plaignait d'un sentiment de vide avec un manque d'énergie et de motivation ainsi qu'une tristesse de fond. Il décrivait une fatigue intense, des troubles de la vue, des douleurs diffuses et un sentiment d'impuissance. Il se plaignait également de troubles de la concentration et de la mémoire. Il avait arrêté de boire à partir de 2016. À l'examen, l'expert a constaté un mal-être diffus avec un sentiment d'impasse existentielle. Il n'a pas mis en évidence de difficultés attentionnelles ou de concentration durant l'entretien. Il n'y avait pas d'arguments en faveur de troubles cognitifs. La thymie était triste avec vision pessimiste de l'avenir, résignation et prédiction d'échec face à toute tentative de changement, ainsi que sentiment de dévalorisation. Le discours était centré dans un premier temps sur la perte de son métier de carrossier qui avait représenté la première blessure narcissique. Le reclassement professionnel était un choix de nécessité sans investissement de sa part. Son divorce était l'autre sujet majeur de l'entretien. Au niveau de la personnalité, le Moi était en retrait, l'assuré adoptant une position de spectateur passif devant le déroulement de sa vie. La vulnérabilité narcissique était bien présente. La représentation du Self était celle d'un homme abimé par la perte de son emploi et par son divorce. Il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité. Les diagnostics retenus correspondaient à l'installation d'une symptomatologie chronique associant tristesse, vision pessimiste, passivité et multiples plaintes somatiques. L'absence de motivation qui en découlait, la diminution des capacités de coping et la tendance au repli en étaient les caractéristiques principales. Il s'agissait d'une évolution séquellaire d'un épisode dépressif chez un homme aux faibles capacités de résilience ayant présenté certains symptômes typiques de neurasthénie avant la cassure provoquée par son divorce. Il n'y avait pas d'antécédents psychiatriques jusqu'au moment où la réinsertion dans un métier que l'assuré n'investissait pas avait induit un malaise existentiel perceptible avec vision négative de l'avenir et résignation dans une position de repli

passif. L'ensemble de ces symptômes correspondait à l'association d'une neurasthénie et d'une dysthymie qui avaient commencé à se mettre en place avant le divorce et qui s'étaient aggravées par la suite prenant pour une courte période l'intensité d'un épisode dépressif qui avait été résolutif dès 2010. La réadaptation au travail de comptable avait été un échec. Cette activité était restée peu investie, l'expertisé restant attaché à son métier de carrossier. Les symptômes actuels étaient la conséquence et non pas la cause de cet échec. L'assuré pouvait exercer une activité adaptée à 100%, mais dans un métier simple, avec peu d'exposition au stress, loin de son activité de comptable. La réadaptation pouvait débuter à 50% pour arriver à 100% après six à douze mois, dans une activité simple, à l'abri du stress, sans lien avec sa formation de comptable (éventuellement auprès d'un garage). La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était nulle. La capacité de travail sur le marché ordinaire du travail dans une activité adaptée était de 50% avec augmentation à 100% d'ici six à douze mois.

20. Dans un rapport final du 29 mai 2018, le SMR a estimé qu'il ne pouvait pas suivre les conclusions de l'expert car les diagnostics de dysthymie et de neurasthénie n'étaient habituellement pas liés à une incapacité de travail, l'intensité des symptômes ne le justifiant pas. Eu égard aux indicateurs jurisprudentiels et en se basant sur l'expertise, l'assuré ne présentait pas de retrait social. Il gérait seul toutes ses activités de la vie quotidienne et avait une vie relativement ritualisée, ce qui parlait en faveur de l'absence d'une atteinte psychiatrique sévère et incapacitante. Il avait des bonnes ressources externes et en l'absence de trouble de la personnalité, ses ressources internes devraient pouvoir être mobilisées. Par conséquent, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité de type administrative de type sédentaire, en respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis.
21. Par projet de décision du 11 juin 2018 confirmé par décision du 16 août 2018, l'OAI a rejeté la demande au motif que selon le SMR, la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité qui respectait ses limitations fonctionnelles.
22. Par décision du 5 septembre 2018, le Vice-président du Tribunal de première instance a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 4 septembre 2018.
23. Par acte du 17 septembre 2018, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il a conclu, principalement et sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière ou partielle de l'assurance-invalidité en fonction de sa capacité de gain effective dès le 30 novembre 2016. Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer son taux d'invalidité, puis au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision. Il n'avait jamais reçu le projet de décision et la décision du 16 août 2018 ne contenait aucune motivation si ce n'était que sa capacité de travail était entière dans toute activité qui respectait ses limitations fonctionnelles. La décision était contradictoire en tant qu'elle retenait en même temps une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles – ce qui impliquait la présence de limitations fonctionnelles ainsi que

l'absence d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle – et l'absence d'atteinte à la santé. Selon les certificats médicaux joints en annexe, le recourant souffrait de trouble dépressif récurrent depuis 2014 avec incapacité entière de travail durant une grande partie de la période de février 2014 à août 2018. Il reprochait à l'intimé de ne pas avoir comparé les revenus pour refuser sa rente d'invalidité. Le SMR n'avait procédé à aucun examen clinique pour conclure à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Par conséquent, l'intimé n'avait pas suffisamment instruit sa demande et avait ignoré la maladie psychique dont il souffrait.

Il a produit dans la procédure des certificats médicaux établissant une incapacité de travail à 100% du 1^{er} février au 1^{er} mars 2014 et du 1^{er} avril au 31 octobre 2014, ainsi que du 1^{er} janvier 2015 au 31 mai 2016, puis du 1^{er} au 31 mars 2017 et du 1^{er} mars 2018 au 31 août 2018.

24. Dans sa réponse du 9 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le SMR avait admis à juste titre l'absence d'incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité. Étant donné que le recourant avait été reclassé en tant qu'employé de commerce et avait exercé par la suite une activité dans la comptabilité, celle-ci devait être considérée comme adaptée. Dans ce cas, une comparaison des revenus ne se justifiait pas. En tant que la décision se référait aux conclusions du SMR, elle énonçait les motifs pertinents qui avaient guidé l'intimé et sur lesquels reposait la décision, soit des explications suffisantes pour permettre au recourant de saisir sa portée.
25. Dans sa réplique du 19 novembre 2018, le recourant a allégué que l'intensité et la constance du trouble dépressif récurrent dont il souffrait depuis onze ans, sans rémission, constituait une atteinte invalidante ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Au vu de ce tableau clinique et bien que l'expertise du Prof. I_____ concluait à une capacité de travail nulle dans toute activité, il était incompréhensible que l'intimé retînt une capacité de travail entière dans toute activité. En indiquant ne pas pouvoir suivre les conclusions de l'expertise, alors que celles-ci concordaient avec les rapports du médecin traitant et que le dossier ne contenait aucune pièce médicale contradictoire, l'intimé avait violé la jurisprudence sur la valeur probante des rapports médicaux. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.
26. Dans sa duplique du 4 décembre 2018, l'intimé a relevé que l'expert motivait l'existence des diagnostics retenus en fonction des symptômes qu'il avait mis en évidence. Pourtant, des plaintes rapportées par un expertisé ne sauraient remplacer un examen clinique objectif. Lors de son examen clinique, l'expert n'avait pas constaté de troubles de l'orientation ou de la vigilance, de troubles de la mémoire, de difficultés attentionnelles ou de la concentration, de troubles cognitifs, de troubles du cours ou du contenu de la pensée, de troubles de la lignée psychotique, ce qui excluait la gravité de l'atteinte et démontrait l'absence de comorbidité. L'état de santé du recourant était très largement influencé par des facteurs psychosociaux

tels que son licenciement, son changement de métier et un divorce. L'expert mentionnait un expertisé démonstratif et des fonctions cognitives préservées en décalage avec les plaintes formulées. En définitive, une amélioration thérapeutique était possible, il n'y avait pas de trouble de la personnalité, les ressources du recourant étaient mobilisables dès lors qu'il voyait sa famille et ses amis, il n'y avait pas de limitations uniformes d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, ni de lourde souffrance dès lors que le recourant assumait seul son quotidien, voyageait et avait des aventures sentimentales. Par conséquent, selon les critères jurisprudentiels, l'analyse juridique des éléments contenus dans l'expertise du Prof. I_____ permettait de conclure à l'absence d'atteinte à la santé invalidante. Ladite expertise n'était pas exempte de contradictions s'agissant des effets incapacitants des troubles retenus en tant qu'elle retenait un effet incapacitant à des atteintes survenues en réaction à un divorce et à une perte d'emploi, mais en l'absence d'un trouble dépressif durable et actuel ou d'un autre trouble de gravité suffisante. Par ailleurs, on ne voyait pas en quoi, sans aucune explication médicale, et sans modification des atteintes ou de leur effet incapacitant, une capacité de travail pourrait passer de 50% à 100% dans un laps de temps de six à douze mois. Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert étaient compatibles avec une profession administrative de comptable quand bien même le recourant y était réticent, en dehors de tout cause médicale objective. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.

27. Par écriture non sollicitée du 14 mars 2019, le recourant a transmis trois certificats médicaux attestant son incapacité de travail entière du 1^{er} septembre 2018 au 30 mars 2019.
28. Le 15 mars 2019, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé.

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 délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations, plus particulièrement s'il existe une modification sensible de l'état de santé du recourant et/ou de ses conséquences sur sa capacité de gain depuis la décision du 4 juin 2010.
5. a. Dans un premier grief de nature formelle, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]).

Le droit d'être entendu étant une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation est susceptible d'entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b et les arrêts cités), il convient d'examiner ce grief à titre préalable.

b. Aux termes de l'art. 42 LPGA, les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition.

L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doivent pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 15 consid. 2a/aa). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 138 I 232 consid. 5.1 et les références). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1). La motivation d'une décision est suffisante lorsque l'intéressé est mis en mesure d'en apprécier la portée et de la déférer à une instance supérieure en pleine connaissance de cause (ATF 122 IV 14 consid. 2c).

c. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références).

6. En l'espèce, dans sa décision du 16 août 2018, l'intimé rejette la demande au motif que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-

invalidité dès lors que sa capacité de travail est entière dans toute activité qui respecte ses limitations fonctionnelles. Il se réfère à cet égard à l'appréciation du SMR.

Bien que le rapport d'expertise du Prof. I_____ diagnostique des troubles psychiques et retienne une incapacité de travail entière dans toute activité professionnelle jusqu'à la date de l'expertise, l'intimé ne prend toutefois pas la peine d'expliquer dans sa décision pourquoi ce rapport ne lui permet pas d'admettre l'existence d'une atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Si une telle motivation est lacunaire dès lors qu'elle ne donne aucune explication sur les raisons pour lesquelles l'intimé n'a pas suivi les conclusions de l'expertise qu'il a mise en œuvre, elle n'a toutefois pas empêché le recourant d'interjeter utilement un recours en faisant notamment grief à l'intimé de s'écarter des conclusions de l'expertise.

Par conséquent, ce grief n'est pas fondé.

7. a. 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 1^{er} 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).

b. 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).

c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail

(art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

8. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références).

b. L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

c. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA (ATF 133 V 545 consid. 6).

9. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que le recourant avait rendu plausible une modification de son invalidité depuis la décision du 4 juin 2010, et a procédé à l'instruction de la nouvelle demande. Dans la mesure où il a rejeté celle-ci, il a considéré que l'état de santé du recourant, respectivement son incidence sur sa capacité de gain ne s'étaient pas aggravés depuis la décision entrée en force et que le degré d'invalidité n'avait donc pas changé. Par conséquent, il y a lieu de vérifier si tel est le cas.

10. a. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que 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; ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

b. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Si l'administration constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

11. En l'occurrence, à l'époque de la décision de refus de rente du 4 juin 2010, l'intimé avait refusé de reconnaître le recourant invalide au motif que l'affection

psychiatrique ne justifiait aucune incapacité durable et que théoriquement sa capacité de travail était entière dans toute activité professionnelle depuis toujours.

Cette décision se basait notamment sur l'expertise du Dr E_____ du 29 mars 2010. Les diagnostics posés à l'époque d'une part avec effet incapacitant, étaient ceux de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, et d'autre part sans effet incapacitant, de personnalité avec traits narcissiques, histrioniques et émotionnellement immatures accentués. L'expert avait retenu que les symptômes du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée s'étaient installés suite à la séparation du recourant à la fin 2008 et étaient à l'origine d'une incapacité de travail entière dès le 1^{er} avril 2009. Le facteur de stress principal consistait en des conflits répétitifs avec son épouse et la demande de séparation inattendue, auxquels s'étaient ajoutés des soucis financiers. Les conséquences psychosociales de ces facteurs de stress persistaient sous la forme d'une grande incertitude quant à l'avenir professionnel privé, ainsi que des soucis financiers de plus en plus graves. L'état psychique était encore marqué par une symptomatologie anxio-dépressive plutôt légère à moyenne au maximum, de sorte qu'une reprise de l'emploi était de nouveau exigible au moins à 50% à partir du 1^{er} avril 2010, puis à 100% dès le 1^{er} juin 2010 au plus tard.

À la suite de la nouvelle demande du 24 novembre 2016 et de la réception d'un rapport de la consultation de la mémoire des HUG du 13 janvier 2017 qui constatait un foetor alcoolique, un probable syndrome sérotoninergique et des probables effets secondaires d'un des anti-dépresseurs, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande et a procédé à l'instruction de celle-ci. Il a mis en œuvre une expertise auprès du Prof. I_____.

Le recourant reconnaît une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise. Quant à l'intimé, il semble considérer qu'il a valeur probante quant aux constatations cliniques et aux diagnostics posés, mais conteste ses conclusions quant à la capacité de travail.

Par conséquent, il convient d'abord de déterminer si ladite expertise a une valeur probante.

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

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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

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

b. 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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). Dans ce cadre, il convient 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- 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).

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 : autoperception 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).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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).

c. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante.

Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, 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).

13. 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).
14. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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).

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.

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

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant

selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

f. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3).

g. 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).

15. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
16. En l'espèce, dans son rapport du 6 avril 2018, l'expert diagnostique avec incidence sur la capacité de travail, une neurasthénie (F 48.0) dès 2008 et une dysthymie (F 34.1) dès 2008. Il retient une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée jusqu'à la date de l'expertise. Dès celle-ci et dans une activité adaptée, à savoir une activité simple, sans stress et sans lien avec la formation de comptable, il admet une capacité de travail de 50%, puis de 100% progressivement au bout de six à douze mois. Il motive les diagnostics posés en fonction des éléments cliniques qu'il a mis en évidence, à savoir un mal-être diffus avec un sentiment d'impasse existentielle, une thymie triste, une vision pessimiste de l'avenir avec résignation et prédiction d'échec face à toute tentative de changement, ainsi qu'un sentiment de dévalorisation. Il précise que les diagnostics retenus correspondent à l'installation d'une symptomatologie chronique associant tristesse, vision pessimiste, passivité et multiples plaintes somatiques, caractérisée principalement par l'absence de motivation, la diminution des capacités de coping et la tendance au repli.

Il explique que le recourant, qui a de faibles capacités de résilience, a présenté un épisode dépressif avec certains symptômes typiques de neurasthénie ayant commencé à se mettre en place avant le divorce en raison de la perte de son emploi et d'une réinsertion dans un métier qu'il investit peu car il reste attaché à son métier de carrossier. Cette situation s'est aggravée par la suite à cause de la cassure provoquée par son divorce. Par conséquent, il établit clairement une péjoration du tableau clinique depuis l'expertise de 2010 eu égard à la chronification de la symptomatologie et à la cassure intervenue suite au divorce du recourant en décembre 2013.

En définitive, l'expert a tenu compte des plaintes du recourant, établi une anamnèse et statué en prenant en considération les pièces du dossier médical, de sorte que son rapport d'expertise remplit les conditions formelles permettant de lui reconnaître une valeur probante. En outre, il n'existe pas de contradictions, d'éléments qu'il aurait omis de prendre en compte, de rapports contraires motivés des divers médecins du recourant, de sorte qu'il remplit également les conditions matérielles à

cet effet. De plus, son rapport permet d'évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence des diagnostics de dysthymie et d'asthénie ainsi que leur caractère invalidant.

17. Le recourant souffre de troubles psychiques, de sorte qu'il y a lieu d'examiner la limitation de sa capacité de travail à la lumière des indicateurs définis par la jurisprudence.

a. L'expert donne des indications sur le degré de gravité des symptômes et des limitations fonctionnelles inhérents à son diagnostic en expliquant concrètement la nature de ceux-ci, à savoir notamment qu'il s'agit de l'évolution séquellaire d'un épisode dépressif chez un homme aux faibles capacités de résilience, sans antécédents psychiatriques jusqu'à la réinsertion dans un métier qu'il n'investissait pas et qui a induit un malaise existentiel avec certains des symptômes typiques de la neurasthénie avant la cassure provoquée par son divorce entraînant une chronification de la symptomatologie. Sous l'angle de l'indicateur « comorbidités », il relève une association d'une neurasthénie et d'une dysthymie. Il explique que la perte du métier de carrossier a représenté la première blessure narcissique jamais réellement dépassée, puis que le divorce a provoqué une cassure.

S'agissant du succès du traitement, l'expert reconnaît que la thérapie a été adéquate pour gérer les symptômes dépressifs après le divorce, que le recourant a bien adhéré aux traitements proposés, ce qui lui a permis de retrouver son fonctionnement antérieur au divorce, et qu'il y a une chronicisation de la symptomatologie. L'expert précise toutefois que le suivi actuel de soutien est de peu d'utilité à un rythme si espacé. À cet égard, il y a lieu de relever que cette réserve concerne le soutien psychothérapeutique et non pas le traitement à proprement parler. S'agissant de la réadaptation professionnelle, le recourant a suivi de telles mesures du 1^{er} septembre 2000 au 31 août 2003 qui lui ont permis d'obtenir un CFC d'employé de commerce. Toutefois, il ressort de l'expertise qu'il n'a pas fait le deuil de son activité de carrossier. Dès lors, il n'y a pas de résistance du recourant à l'égard de la réadaptation. En définitive, au vu de la chronicisation de la symptomatologie, il faut admettre un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale.

Quant à l'appréciation des ressources personnelles du recourant, si l'expert relève certes l'absence d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité, il retient toutefois de faibles capacités de résilience, une vulnérabilité narcissique bien présente, notamment un Moi en retrait, une impossibilité qui concerne tant la mobilisation des capacités de résilience que la révolte contre un sort injuste. Il n'y a pas d'activation des défenses archaïques et le recourant reste passif, n'envisageant aucune modification du cours de sa vie. La représentation du Self est celle d'un homme abîmé par la perte de son emploi et par son divorce.

S'agissant du contexte social, l'expert indique qu'après avoir perdu plusieurs amis après son divorce, le recourant est arrivé à se recréer un cercle de connaissances et a

des aventures sentimentales de temps à autre. Il n'a aucune activité structurée, mais garde des contacts sociaux, sans repli significatif, et mène une vie ritualisée en investissant le lien avec ses filles. Toutefois, dans son rapport du 14 août 2017, la Dresse H_____ relève au contraire que le recourant est très isolé socialement. Étant donné que celui-ci est suivi par le CAPPI de la Servette depuis octobre 2012 et par la Dresse H_____ depuis le 1^{er} novembre 2016, il y a lieu de privilégier les observations faites sur la durée par celle-ci par rapport à celles de l'expert. Par conséquent, il convient de retenir un retrait social marqué.

Quant à la cohérence, l'expert considère que les renseignements obtenus, les éléments anamnestiques et les observations cliniques soutiennent les diagnostics de dysthymie et de neurasthénie. Sont également présents des traits démonstratifs et une fragilité narcissique qui ne sont toutefois pas suffisants pour retenir un trouble de la personnalité quelconque. Par ailleurs, dans son rapport du 14 août 2017, la Dresse H_____ relève que le recourant a des difficultés à se tenir à jour avec les démarches administratives et qu'il se laisse submerger par celles-ci, ce qui dénote une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie.

Dès lors, au vu de ces divers éléments, le rapport d'expertise permet d'admettre, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence des diagnostics de dysthymie et de neurasthénie ainsi que leur caractère invalidant.

b. Dans son rapport du 29 mai 2018, le SMR considère que l'intensité des symptômes ne justifie pas d'incapacité de travail et qu'au regard des indicateurs jurisprudentiels, le recourant ne présente pas de retrait social, a de bonnes ressources externes de sorte qu'il devrait pouvoir mobiliser ses ressources internes. Il conclut à une capacité de travail entière dans une activité sédentaire de type administratif en respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis.

Si effectivement, les diagnostics de neurasthénie et de dysthymie en eux-mêmes ne sont en principe pas incapacitants, l'expert précise bien que c'est leur interaction qui entraîne un effet incapacitant, à savoir l'évolution séquellaire d'un épisode dépressif chez un homme aux faibles capacités de résilience, après une réinsertion dans un métier qu'il n'investissait pas et qui a induit un malaise existentiel avec certains des symptômes typiques de la neurasthénie, avant la cassure provoquée par son divorce entraînant une chronification de la symptomatologie. De plus, l'expert donne certaines informations sur l'autoperception du recourant (sentiments d'impasse existentielle et de dévalorisation), son contrôle de la réalité et sa formation du jugement (vision pessimiste de l'avenir avec résignation et absence de révolte contre un sort injuste), ainsi que son contrôle des affects (faibles capacités de résilience) qui confirment le caractère incapacitant de l'interaction des diagnostics posés. S'agissant des indicateurs jurisprudentiels, l'expert mentionne le maintien de contacts sociaux, soit une appréciation qui ne correspond pas au rapport du CAPPI du 14 août 2017 qui fait état d'un grand isolement social. Par conséquent, contrairement à ce que soutient le SMR, il n'est pas établi que le recourant ne présente pas de retrait social. Quant aux ressources internes que le

recourant devrait pouvoir mobiliser parce qu'il a de bonnes ressources externes, le SMR passe sous silence les faibles capacités de résilience du recourant qui précisément entravent ses ressources internes.

Dès lors, l'appréciation du SMR du 29 mai 2018 n'a pas de valeur probante puisqu'elle repose sur des éléments non pertinents et n'est pas susceptible de faire douter de la valeur probante du rapport d'expertise.

c. L'intimé soutient que l'état de santé du recourant est très largement influencé par des facteurs psychosociaux. Il est vrai que, selon l'expert, la perte du métier de carrossier a représenté la première blessure narcissique, qui n'a jamais réellement été dépassée, et qui a été suivie du divorce ayant provoqué une cassure. L'intimé perd toutefois de vue que l'expert fait également état de l'installation d'une symptomatologie chronique associant tristesse, vision pessimiste, passivité due à l'association d'une neurasthénie et d'une dysthymie. Il mentionne ainsi bel et bien des atteintes psychiques, même si une blessure narcissique a eu lieu à la suite de son licenciement et de l'abandon de la profession de carrossier et qu'une cassure s'est produite à la suite du divorce, étant précisé que chez une personne ne présentant pas un tel trait de personnalité narcissique avec interaction des deux troubles psychiques, la perte de travail et le divorce n'aurait pas provoqué l'installation d'une telle symptomatologie chronique.

L'intimé voit une contradiction dans le fait que l'expert retienne une incapacité de travail de 50% au jour de l'expertise, passant à 100% dans un laps de temps de six à douze mois sans modification des atteintes. Il est vrai que l'expert ne donne pas d'explications à ce sujet, toutefois, il précise que le recourant se considère dans une impasse existentielle avec prédiction d'échec face à toute tentative de changement et sentiment de dévalorisation. Par conséquent, on comprend des constats de l'expert qu'il convient de bien consolider les premières expériences de retour au travail et de débiter une réadaptation progressivement à 50%, avant d'arriver à un temps plein d'ici six à douze mois.

En définitive, la chambre de céans suivra les conclusions de l'expertise du Prof. I_____, à savoir que le recourant présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de comptable et une capacité de travail au jour de l'expertise de 50% dans une activité adaptée, à savoir une activité simple, sans stress et sans lien avec la formation de comptable, enfin de 100% progressivement au bout de six à douze mois. Autrement dit, et contrairement à ce que soutient l'intimé, l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision du 4 juin 2010, de même que l'incidence de celui-ci sur sa capacité de travail.

18. Il reste à déterminer quel est le degré d'invalidité du recourant depuis la nouvelle demande du 24 novembre 2016, étant précisé que l'expert retient une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle depuis une période non datée précisément, mais qui remonte à la cassure provoquée par son divorce en janvier 2013 et que la Dresse H_____ fixe ce moment au début du suivi en octobre 2012.

a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels

indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement mieux rémunéré que le travail à temps partiel; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). Cela étant, si selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf., p. ex., arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2), la situation se présente différemment pour les hommes; le travail à temps partiel peut en effet être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2).

d. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité

de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). Le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_78/2018 du 26 juin 2018 consid. 4.1).

Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGa sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif –, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). En revanche, l'art. 88^{bis} RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2).

19. En l'espèce, étant donné que le recourant a déposé une nouvelle demande le 24 novembre 2016, et que son incapacité de travail de 100% remonte à la cassure provoquée par son divorce en janvier 2013, voire en octobre 2012, son droit éventuel à la rente débute après le délai de carence de six mois prévu par l'art. 29 LAI, soit le 1^{er} mai 2017. Toutefois, jusqu'au jour de l'expertise, dans la mesure où l'incapacité de travail est de 100% dans toute activité, le degré d'invalidité se confond avec l'incapacité médico-théorique, de sorte qu'il est de 100% et donne droit au recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2017.

En revanche, la situation est différente dès le rapport d'expertise du 6 avril 2018 puisque l'expert retient dès ce moment-là, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Par conséquent, le degré d'invalidité doit être déterminé en comparant les revenus avec et sans invalidité en 2018.

Le dernier salaire réalisé par le recourant avant le début de l'incapacité de travail durable est celui de comptable à 40% auprès de J_____ SA depuis le 1^{er} février 2008 jusqu'à l'arrêt de travail intervenu le 25 septembre 2008, et à 50% comme

agent fiduciaire auprès de l'Association K_____ (K_____) depuis le 30 octobre 2008 jusqu'à l'arrêt de travail du 1^{er} avril 2009. Toutefois, ces activités n'ont pas été exercées suffisamment longtemps pour que leur rémunération puisse être retenue afin d'établir le revenu sans invalidité. Auparavant et par la suite, le recourant a été au chômage, soit une situation justifiant précisément de s'écarter du dernier salaire effectivement obtenu. À défaut de pouvoir disposer de renseignements concrets fiables sur le revenu qu'aurait pu réaliser le recourant, sans invalidité, au moment de la décision litigieuse, il y a lieu de se référer aux données salariales ressortant de l'ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 22/06 du 19 janvier 2007 consid. 3.1).

Le recourant ayant travaillé en Suisse en dernier lieu essentiellement dans le domaine de la comptabilité, il convient de se référer au revenu réalisé en 2016 par les hommes exerçant des tâches pratiques complexes (niveau de compétence 3) dans le domaine de la comptabilité et dans le secteur privé, soit CHF 81'144.- par année, compte tenu d'un salaire mensuel de CHF 6'762.- alloué douze fois l'an (tableau TA 1, tirage skill level, ligne 69-71). Adapté selon le tableau T39 à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2017 de 0,4% et en 2018 de 0,5%, le revenu sans invalidité ascende à CHF 81'874.30 (81'144 + 730.30).

S'agissant du revenu d'invalidité, compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir un travail simple en épargnant le rachis, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé toutes tâches confondues (tableau TA 1, tirage skill level, total, niveau de compétence 2). Il s'élève en 2016 à CHF 67'752.- (5'646 x 12) part au 13^{ème} salaire comprise et, compte tenu de l'évolution des salaires nominaux de 0,9% de 2016 à 2018, à CHF 68'361.75 en 2018 (67'752 + 609.75), respectivement à CHF 34'180.85 avec un taux d'activité à 50%.

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). En conséquence, il est inutile d'adapter ces chiffres à l'horaire hebdomadaire de travail en 2017 et 2018.

S'agissant de l'abattement, d'après le tableau T 18 « Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon le taux d'occupation, la position professionnelle et le sexe » de l'ESS 2014, on constate que les travailleurs occupés entre 50% et 74% perçoivent un salaire mensuel de CHF 6'232.- (calculé sur la base d'un taux d'occupation de 100%), soit un salaire moins élevé que celui versé en cas d'emploi à temps plein (taux d'occupation de 90% ou plus), lequel se monte à CHF 6'583.-. Dans la mesure où les statistiques démontrent que les travailleurs occupés entre 50% et 74%

reçoivent un salaire mensuel inférieur de 5,3% à celui versé aux hommes travaillant à temps plein (taux d'occupation de 90% ou plus), il se justifie de procéder à un abattement supplémentaire pour ce motif (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2019 du 29 avril 2019 consid. 5.2.2). Par ailleurs, le recourant doit également exercer une activité à l'abri du stress, soit une limitation fonctionnelle qui a une influence sur le revenu d'une activité lucrative. Par conséquent, au vu de ces divers éléments, il y a lieu d'appliquer un abattement de 10% et de retenir un revenu d'invalidité de CHF 30'762.75 (34'180.85 x 90%). En comparant le revenu sans invalidité de CHF 81'874.30 avec le revenu d'invalidité de CHF 30'762.75, le degré d'invalidité s'élève à 62,4% ($81'874.30 - 30'762.75 = 51'111.55 : 81'874.30 \times 100$) et donne droit au recourant à un trois-quarts de rente d'invalidité.

Bien que le recourant ait produit divers certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail entière du 1^{er} mars 2018 au 30 mars 2019, lesdits certificats ne motivent en rien cette incapacité de travail et le recourant ne prétend pas que son état de santé se serait aggravé depuis le rapport d'expertise du 6 avril 2018. Par conséquent, il faut admettre que l'amélioration de son état de santé, respectivement de sa capacité de travail est durable et stable, de sorte que la rente doit être réduite avec effet immédiat au début du mois suivant l'expertise.

Dès lors, en application de l'art. 88a al. 1 RAI, il y a lieu de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2017 au 30 avril 2018, puis à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} mai 2018.

En revanche, s'agissant de la capacité de travail entière retenue par le Prof. I _____ dans un laps de temps de six à douze mois dès l'expertise, elle suppose que le recourant sorte de son impasse existentielle avec prédiction d'échec face à toute tentative de changement et sentiment de dévalorisation, soit une situation évolutive qui n'est pas susceptible d'entraîner des effets immédiats. Par conséquent, il convient d'appliquer le délai de trois mois de l'art. 88a al.1 RAI et de prendre en compte la situation la plus favorable au recourant, à savoir l'existence d'une capacité de travail entière douze mois après la date de l'expertise, soit dès le 7 avril 2019, de sorte que la rente est supprimée dès le 1^{er} août 2019. En effet, en exerçant une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 100%, le degré d'invalidité du recourant est de 25% ($81'874.30 - 61'525.55 = 20'348.75 : 81'874.30 \times 100$), soit un taux qui ne donne plus droit à une rente d'invalidité.

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision du 16 août 2018 annulée.

Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Eu égard au sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 16 août 2018.
3. Dit que le recourant a droit de la part de l'intimé à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2017 au 30 avril 2018, puis à un trois-quarts de rente du 1^{er} mai 2018 au 31 juillet 2019.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant un montant de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie NIERMARECHAL

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