RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3655/2020 **ATAS/755/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 août 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à THÔNEX recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1977, vit avec sa compagne avec laquelle il a eu trois enfants et est titulaire d'un CFC de peintre en carrosserie. En 2007, il a été licencié de la carrosserie où il travaillait.

B. **a.** Il a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 30 octobre 2015 à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) pour des troubles dépressifs importants depuis 2009.

b. Dans un rapport du 6 novembre 2015, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré souffrait, depuis le 23 septembre 2009, d'un épisode dépressif moyen, sans symptômes psychotiques, qui entrainait une incapacité de travail. Il était désespéré en raison des multiples recherches de travail qu'il avait faites sans succès. Le traitement consistait en une psychothérapie cognitivo-comportementale et en la prise de Trittico (100 mg/j) et de Xanax (4 mg/j). Malgré ses troubles, sa capacité de travail était conservée. Il pouvait travailler tout de suite à 100%. Il fallait juste qu'on l'aide à se réadapter professionnellement. Les prestations de chômage avaient été épuisées et l'assuré dépendait de l'Hospice général.

c. Le 23 novembre 2015, le docteur C_____, médecine générale FMH, a indiqué que l'assuré souffrait d'une dépression chronique et qu'on pouvait s'attendre à une reprise de travail à 60% dès le 23 novembre 2015.

d. Le SMR a indiqué dans un avis du 17 décembre 2015, que selon le rapport médical établi le 6 novembre 2015, par le Dr B_____, l'assuré était connu pour un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques qui n'entrainait pas une incapacité de travail.

e. Par projet de décision du 5 janvier 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'avait pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité. À l'issue de l'instruction, il apparaissait que sa capacité de travail en tant que peintre en automobile et pour toute autre activité était complète depuis toujours. Il existait de nombreuses activités adaptées à son état de santé, sans nécessité de nouvelle formation. Dès lors son invalidité devait être considérée comme nulle et des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas.

f. Selon un procès-verbal d'audition du 9 février 2016, l'assuré avait indiqué à l'OAI souffrir de cervicarthrose (C4-C5) depuis 2012. Il souhaitait bénéficier de mesures professionnelles, car il ne bénéficiait plus de l'assurance-chômage ni de l'aide de l'Hospice général. Il allait contacter le docteur D_____, chiropratique, ostéopathie, radiologie, pour que celui-ci établisse un rapport sur la cervicarthrose. Un délai supplémentaire lui avait été accordé au 26 février 2016 pour l'apport de cette pièce.

L'assuré avait amené à l'audition :

- un courrier du 9 février 2016, dans lequel il indiquait vouloir être aidé pour trouver une activité professionnelle adaptée à son état de santé, qui s'était aggravé suite à ses nombreux échecs de recherche d'emploi. Il souffrait également depuis plus de cinq ans d'une arthrose cervicale qui n'arrangeait pas son humeur, car cela lui provoquait de forts maux de tête. À cause des douleurs cervicales, il avait dû abandonner le métier de chauffeur livreur en charges lourdes. Il ne supportait pas les produits liés à son métier de peintre en carrosserie qu'il ne pratiquait plus depuis 2007. Actuellement, il ne savait plus où se diriger professionnellement et cela le rendait malade psychologiquement.
- un rapport établi le 6 février 2016 par le Dr B_____ indiquant qu'il soignait l'assuré pour un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32), que celui-ci montrait une réelle détermination à s'insérer professionnellement et qu'il avait honte de ne pas pouvoir aider sa famille.
- un rapport établi le 30 septembre 2015 par la doctoresse E_____, du secteur psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), attestant que l'assuré avait été hospitalisé du 24 au 30 septembre 2015.
- un rapport établi par le docteur F_____, faisant suite à un examen du 20 septembre 2012, dont il ressort qu'il présentait une minime déviation gauche du rachis avec atténuation de la lordose et que l'alignement des corps vertébraux montrait un antélisthésis constitué C4-C5 ainsi qu'une discopathie débutante avec pincement de l'espace intersomatique postérieur C3-C4, C4-C5 associé à un discret remaniement dégénératif débutant des facettes articulaires.

g. Dans un rapport du 26 février 2016, le Dr D_____ a indiqué avoir traité l'assuré la première fois le 15 octobre 2012 pour une cervicalgie et des lombalgies chroniques et l'avoir suivi jusqu'en mars 2013, avec une amélioration toute relative, mais qui lui avait permis de travailler pour Réalise. Le 3 décembre 2013, l'assuré avait fait une rechute au niveau du rachis cervical. Le traitement s'était terminé le 18 décembre 2013 et l'assuré cherchait une nouvelle occupation professionnelle. Le 10 février 2016, ce dernier était revenu le voir pour des cervicalgies et lombalgies et un nouveau traitement avait été institué. L'assuré souhaitait trouver un travail ne nécessitant pas d'efforts à fournir avec les membres supérieurs afin d'éviter les rechutes et il refusait l'assurance-invalidité. Cela devrait être possible lorsqu'il serait asymptomatique.

Dans un avis du 16 mars 2016, le SMR a estimé que le courrier du Dr B_____ du 6 février 2016 ne lui faisait pas changer d'avis. L'assuré avait également produit un courrier du Dr D_____ du 26 février 2016 qui faisait état d'éléments qui ne figuraient pas auparavant dans le dossier. L'assuré était connu pour des lombalgies chroniques. Il fallait envoyer un rapport médical initial au Dr D_____ avec des questions complémentaires précises. L'atteinte à la santé de

l'assuré ne lui permettait plus d'exercer sa profession de peintre carrossier. Du point de vue médico-théorique, il existait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qui protégeait le dos.

h. Le 26 avril 2016, le Dr D_____ a rempli un rapport médical à l'intention de l'OAI indiquant que l'assuré souffrait de cervicalgies et lombalgies depuis 2007, et d'une douleur au muscle du trapèze gauche. Depuis 2012, l'assuré devait éviter les efforts sur les rachis cervical et lombaire. L'activité exercée n'était plus exigible. Actuellement, il ne pouvait être exigé de l'assuré, compte tenu de ses limitations, une activité uniquement en position assise ou debout, de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, à genoux, de soulever et porter, et de monter sur une échelle ou un échafaudage.

i. Par décision du 8 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. De l'avis du SMR, suite à l'instruction complémentaire de son dossier, il fallait admettre que sa capacité de travail était restreinte depuis janvier 2012 dans son activité habituelle. Toutefois, sa capacité de travail était estimée entière dans toute activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles depuis janvier 2012. Il existait sur le marché du travail un certain nombre d'activités ne nécessitant pas de qualification particulière qui étaient adaptées à son état de santé. L'assuré était capable de travailler à 100%. En raison de ses limitations fonctionnelles, une réduction supplémentaire de 10% devait être retenue sur le revenu d'invalide. Son taux d'invalidité était ainsi de 10%, ce qui ne lui donnait pas le droit à une rente d'invalidité ni à des mesures professionnelles sous forme d'un reclassement. Par contre, sur demande écrite et motivée, l'intimé pourrait éventuellement étudier le droit à une aide au placement.

C. **a.** Le 23 mai 2019, l'assuré a transmis une nouvelle demande de prestations à l'OAI indiquant qu'il travaillait comme nettoyeur à 100% depuis le mois d'août 2018, qu'il avait été homme au foyer de 2014 à ce jour et que depuis son licenciement en 2007, il n'avait pas retrouvé un emploi dans son métier, ce qui l'avait conduit à des dépressions importantes.

b. Le 16 juin 2019, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré souffrait actuellement d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère depuis plus de 12 mois, de troubles mentaux, de troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et de cannabis et d'une personnalité de type borderline. L'humeur était profondément dépressive et l'assuré avait des angoisses. Il prenait du Citalopram (40 mg/j) et du Xanax (3 mg par jour). Il était abstinent du cannabis depuis plus d'un an. Il avait obtenu son CFC de peintre en carrosserie à 21 ans, mais ayant mal supporté les produits chimiques, il ne s'était pas plu dans ce travail. Il s'était alors dirigé vers la Poste, où il avait travaillé comme manutentionnaire de 1999 à 2004. Il avait ensuite été au chômage pendant deux ans, puis avait fait des petits boulots, avant de retourner au chômage. Sa capacité de travail était de 0% dans toute activité, depuis la suppression de l'aide de l'Hospice général en 2015, ce qui avait aggravé la dépression de l'assuré (idées noires, perte de l'estime de soi, sentiment d'être

mauvais avec sa compagne et avec ses parents, aucune solution professionnelle, avenir morose). Il vivait très mal le fait que sa famille vive sur le salaire de sa compagne. Le couple vivait sans aide financière et on lui avait conseillé de s'adresser à l'assurance-invalidité.

c. Le 21 juin 2019, le docteur G_____, médecin praticien FMH, a indiqué que l'assuré souffrait actuellement d'un épisode dépressif majeur dans un contexte psychosocial catastrophique, avec des attaques de panique récidivantes et un sevrage brutal de l'alcool et du cannabis. L'assuré était sans emploi et s'occupait de ses enfants à la maison depuis 2014. Ses limitations étaient d'ordre psychosomatique. Il ne pouvait pas travailler, mais un essai devrait être réalisé dans un poste adapté. L'assuré était sous traitement d'Escitalopram (40 mg/j) et de Xanax (1 mg 3x/j).

d. Dans un rapport du 20 janvier 2020, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et par moments aggravé. Il souffrait d'un épisode dépressif devenu sévère et d'une anxiété généralisée. Ses troubles dépressifs s'étaient aggravés depuis 2009, à la suite de 10 ans d'efforts infructueux pour retrouver du travail. En 2018, il avait eu un grand conflit conjugal. La famille de l'assuré vivait sur le salaire de sa compagne. Les difficultés économiques et les dettes étaient accablantes. Leur troisième enfant était né le 27 décembre 2019. En août 2018, l'assuré avait fait un remplacement dans une entreprise de nettoyage. Il prenait toujours du Citalopram (40 mg/j) et du Xanax (3 mg/j) et était actuellement totalement incapable de travailler.

e. L'OAI a confié une expertise psychiatrique de l'assuré au docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 10 septembre 2020, l'expert a retenu comme diagnostic, avec une répercussion sur la capacité de travail, une personnalité état limite du registre abandonnique et impulsif non décompensée et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité travail, un trouble dépressif récurrent de gravité tout au plus légère, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, anamnestiquement abstinent, et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de THC, actuellement abstinent. La capacité de travail médico-théorique était entière dans toute activité simple et répétitive. L'assuré avait peu de volonté et d'espoir de retrouver un emploi. Il paraissait très heureux dans son rôle de père au foyer.

f. Par projet de décision du 16 septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Son statut était celui d'une personne active à 100%. Il était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle dès 2012 (début du délai d'attente d'un an) et totalement capable de travailler dans une activité adaptée à son état de santé dès cette date. En raison du parcours peu régulier de l'assuré depuis plusieurs années, il était difficile de définir le revenu sans invalidité à prendre en considération. Dans son cas particulier, il utilisait le même barème statistique pour déterminer les revenus de valide et d'invalide. Une déduction de 10% sur le revenu d'invalide était admissible en raison de ses limitations

fonctionnelles. Un taux inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

g. L'assuré a formé opposition au projet de décision de l'OAI le 12 octobre 2020 et a transmis à celui-ci un rapport établi le 13 septembre 2020 par le docteur I_____, médecin répondant de la clinique J_____, attestant que l'assuré avait été hospitalisé du 13 août au 10 septembre 2020 pour une stabilisation psychiatrique et médicamenteuse, un sevrage hospitalier d'alcool ainsi que pour une psychothérapie individuelle et en groupe, selon le programme cognitivo-comportemental de la clinique. Les diagnostics principaux étaient des traits de troubles de la personnalité de type histrionique et de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Les diagnostics secondaires étaient des syndromes de dépendance à l'alcool et au cannabis, actuellement abstinent. Suite à une menace de rupture familiale, l'assuré était demandeur d'un sevrage spécialisé. Dès l'admission, le trouble dysthymique se manifestant essentiellement sur un versant anxieux, il avait bien répondu à la désintoxication d'alcool. Un traitement stabilisateur de l'humeur avait été introduit avec une bonne réponse initiale. Sur le plan addictologique, l'assuré avait eu une bonne participation initiale aux thérapies individuelle et groupale proposées. Psychologiquement, la poursuite du séjour avait été parasitée par la situation conflictuelle avec sa compagne. Alors qu'une aide de couple avait été proposée, l'assuré avait remis en question la poursuite de son séjour sur un mode interprétatif et abandonnique. Le traitement se poursuivrait de manière ambulatoire à la consultation du Dr B_____.

h. Dans un avis médical du 13 octobre 2020, le SMR a estimé, sur la base du rapport d'hospitalisation de la clinique J_____, que l'état de santé de l'assuré connaissait une bonne évolution sur le plan thymique avec l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur. Les diagnostics mentionnés étaient comparables à ceux décrits par l'expert. Il n'y avait pas de changement notable de l'état de santé de l'assuré depuis l'évaluation de l'expert en mai 2020 et les conclusions du SMR du 15 septembre 2020 restaient en conséquence valables.

i. Par décision du 16 octobre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision.

D. **a.** Le 12 novembre 2020, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir que son état de santé psychique s'était dégradé depuis le début de l'année, suite à des difficultés de couple, qui avaient été aggravées par la grossesse et la naissance de sa dernière fille. Il concluait à l'annulation de la décision du 16 octobre 2020 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Le recourant a produit une attestation du docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 11 novembre 2020, dans laquelle ce médecin indiquait suivre l'assuré depuis le 28 octobre 2020 lequel lui avait été adressé par le Dr G_____, en raison d'une péjoration de la thymie et de l'apparition

d'idéations suicidaires. L'assuré présentait un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques dans un contexte d'un trouble dépressif persistant selon la classification du DSM-5. Le contexte de la crise actuelle ne permettait pas de se prononcer sur un éventuel trouble de la personnalité. Au vu des diagnostics, le patient n'était pas en mesure de travailler, même dans une activité adaptée.

b. Le 9 décembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le rapport du Dr H_____ devait se voir reconnaitre une pleine valeur probante et n'était pas remis en question par le rapport du Dr L_____ du 11 novembre 2020.

c. Le 25 janvier 2021, le recourant a encore versé à la procédure :

- une lettre de sortie du 7 décembre 2020 établie par le service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise des HUG, dont il ressort qu'il y a séjourné du 18 au 25 novembre 2020 dans le cadre d'un épisode dépressif sévère. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent.
- un rapport établi le 14 janvier 2021 par le Dr L_____, qui indiquait suivre régulièrement le recourant depuis le 28 octobre 2021. Celui-ci était en crise, en lien avec sa séparation et le fait qu'il n'arrivait plus à s'occuper régulièrement de ses enfants. Depuis le 1er janvier, son ex-compagne et leurs trois enfants avaient quitté le domicile familial et vivaient dans un foyer à M_____, placés par le service de protection des mineurs (ci-après SPMi). Le personnel de ce service était intervenu depuis mars 2020 au domicile de l'assuré, suite à un signalement fait dans les suites de la naissance de sa dernière fille, en 2019. Son ex-compagne avait fait une dépression post-partum avec idéations suicidaires. Le SPMi n'avait pas été en mesure d'évaluer les capacités parentales du recourant depuis mars 2020 et avait décidé de trouver un logement d'urgence plutôt que de le laisser seul avec ses enfants. Depuis son entrée à la clinique J_____ en août 2020, le recourant ne vivait plus à son domicile, mais chez sa sœur, ce qui n'avait fait qu'aggraver sa thymie et son sentiment d'être un moins que rien. Malgré l'intensité du suivi (deux consultations par semaine et une disponibilité téléphonique sept jours sur sept), son état de santé psychique s'était dégradé et il avait dû être hospitalisé à deux reprises dans l'unité de crise psychiatrique des HUG, du 18 au 25 novembre 2020 et du 29 décembre 2020 au 5 janvier 2021. À sa sortie, le suivi médical avait été intensifié avec la présence au domicile d'une infirmière spécialisée en santé mentale. Le Dr L_____ avait constaté que le couple de l'assuré traversait de graves problèmes de communication depuis environ deux ans, suite aux difficultés psychiques de la compagne du recourant. Pratiquement, celui-ci ne s'occupait de plus grand-chose à la maison depuis mars 2020 et de plus rien depuis que sa compagne avait mis fin à leur relation, alors qu'il était hospitalisé à la clinique J_____ dans l'espoir de sauver leur couple. La priorité actuelle du traitement était d'assurer la survie de l'assuré et sa réintégration à son domicile pour, dans un deuxième temps, qu'il puisse

exercer la garde partagée sur ses trois filles. Dans un troisième temps, la possibilité d'une réinsertion professionnelle tenant compte de ses handicaps physiques et psychiques serait abordée. Du point de vue du traitement médicamenteux, de la Sertraline (50 mg/j) et du Xanax (0,25 mg) avaient été introduits.

d. Le 25 janvier 2021, le recourant a produit un rapport établi par le Dr L_____ le 21 janvier 2021, qui indiquait notamment que l'état de santé psychique de l'assuré ne lui avait pas permis de se rendre à la permanence juridique. Depuis sa sortie de l'hôpital, il s'était consacré à vivre au quotidien et à réinvestir son appartement avec la présence quotidienne de son père et l'aide d'une infirmière en santé mentale trois fois par semaine. L'objectif principal du Dr L_____ était de faire que l'assuré puisse assumer le quotidien, puis reprendre son rôle de père.

e. Le recourant a été convoqué à une audience fixée au 28 avril 2021, à laquelle il ne s'est pas présenté.

f. Par courrier du 27 avril 2021, le Dr L_____ a indiqué à la chambre de céans qu'il continuait à suivre régulièrement le recourant. Le père de celui-ci venait d'être hospitalisé. Le recourant n'était, notamment pour ce motif, pas en mesure d'être valablement entendu.

E. **a.** Par ordonnance du 17 septembre 2021 (ATAS/958/2021), la chambre de céans a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, considérant que « … les rapports des médecins traitants du recourant, en particulier le rapport motivé du Dr L_____ du 14 janvier 2021, remettent en cause les conclusions du Dr H_____, qui semble avoir pu minimiser l'atteinte dont souffre réellement le recourant. En effet, le Dr L_____ a indiqué de façon convaincante qu'il avait lui-même pris du temps à comprendre la réelle situation du recourant et que celui-ci avait pu donner à l'expert une image faussée. Les rapports du Dr L_____ sont motivés et attestent d'une atteinte à la santé plus grave que celle qui ressort du rapport d'expertise. Même si le Dr L_____ a commencé à suivre le recourant le 28 octobre 2021, soit après que l'intimé a rendu la décision querellée (16 octobre 2020), ses rapports donnent des indications sur l'état de santé précédant le début de son suivi. Son rapport du 14 janvier 2021 en particulier indique que le couple du recourant traversait de graves problèmes de communication depuis environ deux ans, suite aux difficultés psychiques de la compagne de l'assuré qui avait fait une dépression post-partum et que le recourant ne s'occupait de plus grand-chose à la maison depuis mars 2020 et de plus rien depuis que sa compagne avait mis fin à leur relation, alors qu'il était hospitalisé à la clinique J_____ dans l'espoir de sauver leur couple. Le recourant était en crise depuis sa séparation et son état s'était aggravé depuis qu'il vivait chez sa sœur, soit dès août 2020.

Il est ainsi possible que le recourant n'ait pas fait part à l'expert de sa réelle situation conjugale et familiale pour se montrer sous un bon jour, comme l'a

suggéré le Dr L_____ le 14 janvier 2021. Il faut encore relever à cet égard que l'expert n'a pas mis en doute les déclarations du recourant sur son couple, alors qu'il devait avoir connaissance du rapport du Dr B_____ du 20 janvier 2020 qu'il a résumé dans son rapport, lequel mentionnait que l'assuré avait eu un grave conflit conjugal en 2018. Les conclusions de l'expert, selon lesquelles le recourant paraissait très heureux dans son rôle de père au foyer ne sont ainsi pas convaincantes et sont contredites par les pièces du dossier.

De même, le recourant a produit une lettre de sortie du 7 décembre 2020 établie par le service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise de HUG, dont il ressort qu'il y a séjourné du 18 au 25 novembre 2020 dans le cadre d'un épisode dépressif sévère. Même si cette hospitalisation a eu lieu après la décision querellée, ce rapport peut être pris en considération pour apprécier l'état de santé du recourant au jour de la décision, dès lors qu'il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent et d'une plainte psychique très intense marquée par un vécu anxieux majeur et une tristesse évoluant depuis plusieurs mois. Ce rapport atteste également d'une atteinte psychique du recourant plus importante que celle retenue par l'expert.

Le rapport établi le 20 janvier 2020 par le Dr B_____ atteste d'un épisode dépressif devenu sévère et d'une anxiété généralisée empêchant totalement le recourant de travailler. Comme cela ressort des rapports précités, l'état de santé du recourant apparait s'être encore aggravé par la suite.

Si le rapport établi le 13 septembre 2020 par le Dr I_____, de la clinique J_____, apparait plutôt favorable, dans le sens qu'il en ressort que le recourant a bien répondu à la désintoxication d'alcool ainsi qu'au traitement stabilisateur de l'humeur et qu'il a eu une bonne participation initiale à la thérapie individuelle, il en résulte également qu'il manifestait une grande anxiété et que, psychologiquement, la poursuite du séjour avait été parasitée par la situation conflictuelle avec sa compagne. Ce rapport ne suffit pas à confirmer les conclusions de l'expert, qui apparaissent fondées sur une anamnèse incomplète ».

b. Dans son rapport du 25 février 2022, le Dr M_____ a indiqué que son expertise se fondait sur trois entretiens avec l'assuré ayant duré 3 heures au total, sur les résultats des examens de laboratoire effectués les 22 décembres 2021 et 25 janvier 2022 et l'étude du dossier. L'expert a posé les diagnostics, selon le DSM-5, de trouble dépressif persistant (dysthymie), de sévérité actuelle grave, de trouble de l'usage de l'alcool en rémission prolongée, de trouble de l'usage du cannabis en rémission prolongée et de troubles de la personnalité, borderline et histrionique, en motivant chaque diagnostic. Il a précisé que le trouble de l'humeur expliquait nombre de symptômes et qu'il avait été exacerbé durant les deux ou trois dernières années, en lien avec la séparation du recourant et des difficultés socio-économiques rencontrées. On pouvait raisonnablement considérer que les trois hospitalisations survenues en 2020 (J_____ et UITB) étaient liées au même épisode d'aggravation de la dépression. Les limitations

fonctionnelles entrainées par le trouble de la personnalité étaient des difficultés relationnelles, des colères, une instabilité émotionnelle et celles liées au trouble dépressif, étaient un manque de flexibilité, d'endurance et de concentration. L'expertisé ne travaillant plus depuis 10 ans, il était difficile de parler d'une activité habituelle. Il était également difficile d'envisager une activité adaptée, vu la sévérité des troubles. En cas d'évolution favorable des symptômes dépressifs sous traitement, une activité relativement simple de type nettoyage ou conciergerie, permettant à l'expertisé de travailler en relative autonomie afin de limiter les conflits, pourrait être envisagée. Sur la base de l'anamnèse et des différents documents à disposition, on pouvait raisonnablement considérer que l'expertisé avait une capacité de travail totale jusqu'à sa première hospitalisation en psychiatrie à fin septembre 2015. À partir d'octobre 2015, les symptômes dépressifs et anxieux s'étaient installés durablement et la capacité de travail était dès lors de 60%. L'expertisé pouvait encore prendre en charge diverses tâches ménagères. À partir de septembre 2020 (hospitalisation à la clinique J_____), la capacité de travail n'était plus que de 40%, comme en attestaient les différentes descriptions cliniques de cette période. Malgré le sevrage d'alcool, les symptômes dépressifs s'étaient aggravés, en lien notamment avec le conflit de couple et la situation psychosociale précaire de l'expertisé. À partir de novembre 2020 (première hospitalisation à l'UITB), la capacité de travail était nulle. S'agissant du rapport du Dr H_____, l'expert ne pouvait pas suivre le raisonnement de ce dernier, lorsqu'il affirmait que lorsqu'il travaillait, l'assuré avait toujours su s'adapter aux règles et routines, à planifier et à structurer ses tâches, car les conflits itératifs décrits dans l'anamnèse professionnelle attestaient du contraire. La tendance massive à la dramatisation et à l'amplification des plaintes qu'il avait également observée s'intégrait dans le trouble de la personnalité de l'intéressé.

c. Le 24 mars 2022, l'intimé, se fondant sur un avis médical du SMR, a rappelé que le litige portait sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis la décision du 8 juillet 2016, qui était entrée en force. Lorsque l'expert faisait état d'une capacité de travail diminuée de 40% dès octobre 2015, il ne s'agissait pas d'une aggravation de l'état de santé, mais d'une évaluation différente d'un même état de fait. Pour rappel, la décision initiale du 8 juillet 2016 retenait la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, les seules limitations étant alors d'ordre somatique. Sur le plan psychiatrique, le Dr B_____ considérait que l'état de santé du recourant au niveau psychiatrique n'entrainait pas d'incapacité de travail. Le recourant ne pouvait donc être considéré comme présentant une incapacité de travail en raison d'une aggravation de son état de santé qu'à partir du mois de novembre 2020, soit postérieurement à la décision querellée. Cela étant, l'intimé ne pouvait que maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours.

d. Le recourant ne s'est pas exprimé sur les conclusions de l'expertise.

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 connait, 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.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est 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 porte sur l'octroi d'une rente dont le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière.

6.

6.1

6.1.1 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

L'art. 17 al. 1 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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). 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 ; 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. 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).

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 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).

6.1.2 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, on attend trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation ne permet pas un jugement immédiat selon l'art. 88a al. 1 RAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

6.2 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. 28a al. 1 LAI).

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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6.4 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).

7. En l'espèce, l'expertise du Dr M_____ répond aux réquisits pour se voir reconnaitre une pleine valeur probante et elle n'est pas contestée par les parties. À teneur de ses conclusions, à partir d'octobre 2015, les symptômes dépressifs et

anxieux du recourant se sont installés durablement et sa capacité de travail était alors de 60%. À partir de septembre 2020 (hospitalisation à la clinique J_____), sa capacité de travail n'était plus que de 40%, comme en attestaient les différentes descriptions cliniques de cette période. Malgré le sevrage d'alcool, les symptômes dépressifs s'étaient aggravés en lien notamment avec le conflit de couple et la situation psychosociale précaire de l'expertisé. À partir de novembre 2020 (première hospitalisation à l'UIT), la capacité de travail était nulle.

Il en ressort, contrairement à ce que retient l'intimé, qu'une aggravation conséquente de l'état de santé psychique du recourant est intervenue à partir de septembre 2020, soit pendant son hospitalisation à la clinique J_____ qui a eu lieu du 13 août au 10 septembre 2020, selon rapport établi le 13 septembre 2020 par le médecin répondant de cette clinique. Depuis septembre 2020, la capacité de travail n'était plus que de 40% alors qu'elle était de 60% selon le Dr M_____ depuis d'octobre 2015, et qu'elle doit être retenue comme totale au 8 juillet 2016, en vertu de la décision de l'intimé du même jour, entrée en force. Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'état de santé du recourant s'est aggravé de façon à influer sur son invalidité après la décision entrée en force et avant la décision querellée, qui date du 16 octobre 2020.

Il en résulte que le taux d'invalidité doit être déterminé au 1er septembre 2020. En procédant comme l'intimé l'a fait dans la décision querellée pour fixer le taux d'invalidité, mais en tenant compte d'une capacité de travail de 40%, le taux d'invalidité est de 60%, ce qui ouvre au recourant le droit à un trois quarts de rente dès le 1er septembre 2020. La question de savoir si un abattement supplémentaire pour atteinte somatique de 10% se justifie sur le revenu avec invalidité - comme cela avait été revenu dans la décision initiale qui retenait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et non une capacité partielle - peut rester ouverte, dès lors que même en tenant compte d'un abattement de 10%, ce qui donnerait un taux d'invalidité de 64%, le recourant n'aurait pas droit à une rente d'invalidité entière.

En tenant compte d'une incapacité totale de travail dans toute activité, dès le 1er novembre 2020, conformément aux conclusions du Dr M_____, le recourant a droit à une rente entière trois mois après cette nouvelle aggravation, soit dès le 1er février 2021, en application des art. art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI et 88a al. 1 RAI.

8. Le recours doit ainsi être partiellement admis, la décision querellée annulée et il sera dit que le recourant a droit à un trois quarts de rente dès le 1er septembre 2020 et à une rente entière dès le 1er février 2021.

Les frais de l'expertise judiciaire de CHF 5'500.- seront laissés à la charge de l'État.

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 16 octobre 2020.
4. Dit que le recourant a droit à un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1er septembre 2020 et à une rente entière dès le 1er février 2021.
5. Laisse les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'État.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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