RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/549/2023 **ATAS/896/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 novembre 2023

Chambre 15

En la cause

A_____ recourant
représenté par Me Emilie CONTI MOREL

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961, deux fois veuf (1995 et 2012) et remarié en mai 2017, père de quatre enfants issus des deux précédentes unions, a déposé, le 26 février 2010, une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Alors sous contrat avec B_____SA – société auprès de laquelle il occupait un poste de fondé de pouvoir – mais en arrêt de travail complet depuis 2009, il bénéficiait des indemnités journalières versées par Bâloise Assurances (ci-après : la Bâloise), assureur-maladie perte de gain de son employeur.

b. Suite au mandat d'expertise qui lui avait été confié par la Bâloise, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport le 22 avril 2010 et posé les diagnostics d'état dépressif majeur de gravité légère à moyenne et de personnalité à traits narcissiques avec un probable tempérament hyperthymique. Il pouvait admettre, tout au plus, une diminution de sa capacité de travail du 30 janvier au 1er mars 2010 à 50%. Depuis le 1er avril 2010, la capacité de travail était à nouveau entière dans l'activité habituelle et dans toute activité « adaptée à ses compétences et sa motivation ».

c. Par pli du 18 janvier 2011, l'OAI a transmis à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) une décision refusant toute prestation à l'assuré. Il ressortait de cet acte, daté du 4 février 2011, se ralliant aux conclusions de l'expertise du Dr C_____, que l'assuré était apte à reprendre son ancienne activité à plein temps depuis le 1er avril 2010 et qu'à partir de cette date, son invalidité était nulle. Par ailleurs, d'éventuelles prestations rétroactives n'entraient pas en ligne de compte puisqu'une rente n'aurait pas pu naître avant le 1er août 2010, soit à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la date à laquelle l'intéressé avait fait valoir son droit aux prestations.

B. **a.** Le 25 août 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI. Travaillant depuis le 1er janvier 2014 en tant que responsable technico-commercial à plein temps auprès de D_____SA, il présentait, depuis mars 2014, une grande fatigue de type burnout, ainsi que de l'hypertension. Son incapacité de travail avait été totale du 1er au 15 mars 2014. Depuis le 16 mars 2014, elle était de 50%.

b. Dans un rapport du 14 octobre 2014, le docteur E_____, spécialiste FMH en cardiologie, a fait mention d'une cardiopathie hypertensive dont les symptômes s'étaient nettement améliorés au fil du temps, à la faveur d'un traitement antihypertenseur introduit en début d'année. D'un point de vue cardiologique, il n'y avait pas de contre-indication à la reprise d'un travail à 100%, d'autant que le travail habituel de l'assuré n'était pas trop physique.

c. Dans un rapport d'évaluation du 28 octobre 2014, la conseillère en réadaptation de l'OAI a indiqué que l'assuré signalait aussi qu'il ressentait, depuis trois à

quatre mois, des douleurs sous la clavicule droite. Il était cependant confiant que ce problème d'épaule (usure à 50% du ligament sous la coiffe) se résoudrait progressivement. De son point de vue, ses ennuis de santé étaient peut-être le contrecoup du décès brutal de sa seconde épouse qu'il avait retrouvée suicidée par pendaison en 2012. Selon le docteur F_____, son médecin généraliste, cet événement avait généré un symptôme post-traumatique.

d. Dans un rapport du 11 novembre 2014, le Dr F_____ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré, qui était toujours de 50%, était due à un trouble de stress post-traumatique. En revanche, la rupture partielle du muscle supra-épineux de l'épaule droite et la cardiopathie hypertensive (qui était sous contrôle) n'avaient pas d'effets sur la capacité de travail.

e. Dans un questionnaire complété le 6 janvier 2015, l'entreprise D_____SA a déclaré qu'elle avait résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 janvier 2015.

f. Le 13 février 2015, l'assuré a informé l'OAI qu'Helsana refusait de lui verser des indemnités journalières depuis le 9 novembre 2014 malgré les certificats d'arrêt de travail à 50% qu'il continuait à produire. Il était inscrit à l'assurance-chômage depuis le 1er février 2015.

g. Dans un rapport du 1er mai 2015, la docteure G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail consistaient en un état de stress post-traumatique chronique (F43.1) et des traits de la personnalité non spécifiés (F60.9). L'assuré était sans antécédents psychiatriques, mais avait accumulé, entre 2012 et 2014, des facteurs de stress conséquents – dont le suicide de sa femme en 2012, la levée de son corps pendu à la barrière de la piscine et la découverte que celle-ci le trompait – qui avaient entraîné une vulnérabilité psychique à l'origine d'une incapacité de travail depuis février 2014. C'était dans ce contexte qu'il avait été licencié. Comme il avait retrouvé, dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50% depuis le 1er mars 2014, il avait besoin d'une réadaptation professionnelle pour mettre toutes les chances de son côté en vue de retrouver un emploi. Il était tout à fait envisageable qu'il puisse récupérer, d'ici un an au plus tard, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Dans l'ancienne activité de responsable technico-commercial auprès de D_____SA, l'incapacité de travail demeurait totale, car il y avait « trop de stress » selon l'assuré. Interrogée sur les restrictions dans cette activité, la Dre G_____ a répondu : « état anxio-dépressif ». Ce trouble se manifestait par un rendement actuellement diminué de 50%, une fluctuation de l'humeur, des difficultés relationnelles, une facile irritabilité, des troubles de la concentration et un manque de motivation. Toutefois, la Dre G_____ se disait étonnée que l'assuré, malgré les nombreux facteurs de stress subis entre 2012 et 2014, n'envisageât pas un retour dans le monde du travail comme responsable technico-commercial dans le domaine du détartrage, vu son CV. Il mettait en avant beaucoup de stress à ce poste, ainsi que

le problème de l'âge et celui de l'évolution des techniques dans son domaine (auxquelles il n'était pas formé). Son souhait était peut-être de « tourner la page ».

h. Par communication du 9 septembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts d'un reclassement à un poste administratif auprès de son ancien employeur (D_____SA), par le biais d'un stage du 1er septembre au 30 novembre 2015.

i. Par la suite, l'OAI a prolongé ce stage à plusieurs reprises jusqu'au 12 mars 2017, l'assuré s'étant inscrit au chômage le 13 mars 2017 pour un emploi à plein temps.

j. Dans un rapport final du 16 mars 2017, le SMR a estimé à la lumière des rapports précités des Drs E_____, F_____ et G_____ et des informations reçues du Service de réadaptation que le début de la longue maladie remontait à février 2014, que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 0% (poste à responsabilité), mais que dans une activité adaptée, elle était de 50% dès mars 2014 et de 100% « dès janvier 2017 », ce qui restait à confirmer par un certificat correspondant de la Dre G_____.

k. Le 16 mars 2017, l'OAI a reçu un certificat de la Dre G_____, daté de la veille, attestant que l'état de santé actuel de l'assuré lui permettait une reprise de travail à 100% dès le 15 mars 2017.

l. Par projet de décision du 24 juillet 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1er février 2015 au 30 mai 2017, suivie d'un quart de rente à partir du 1er juin 2017. À l'issue du délai d'attente d'un an, soit au mois de février 2015, la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 109'659.-) et avec invalidité (CHF 31'651.- pour une exigibilité de 50%) aboutissait à une perte de gain de CHF 77'918.-, soit à un degré d'invalidité de 71%. À la fin de la mesure de reclassement, soit en mars 2017, une nouvelle comparaison des revenus sans invalidité (CHF 110'695.-) et avec invalidité (CHF 62'802.- pour une exigibilité de 100% dans une activité administrative) révélait une perte de gain et un degré d'invalidité réduits à CHF 47'893.-, respectivement 43%. Ce taux ne donnait plus droit qu'à un quart de rente après une période d'amélioration de trois mois, à savoir à partir du 1er juin 2017.

m. Par courrier du 6 septembre 2019, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé et qu'il était dans l'attente d'un séjour hospitalier à la Clinique genevoise de Montana. Selon un certificat établi le 5 septembre 2019 par la Dre G_____, son incapacité de travail était totale du 5 au 30 septembre 2019.

n. Par pli du 10 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré que le certificat médical qu'il avait récemment produit n'était pas suffisant pour modifier le projet de décision du « 25 juillet 2019 » (*recte* : 24 juillet 2019).

o. Le 11 septembre 2019, dans le cadre d'un appel téléphonique reçu de l'assuré, l'OAI a pris note que le courrier daté du 6 septembre 2019 avait simplement pour

but de rendre compte de la situation actuelle et qu'il n'était donc pas à considérer comme une opposition au projet de décision du 24 juillet 2019.

p. Par envoi du 15 octobre 2019, intitulé « demande de réouverture de dossier », la Dre G_____ a informé l'OAI que l'assuré était revenu la consulter le 5 septembre 2019 dans le contexte d'une rechute dépressive sévère. Elle avait suivi précédemment ce patient du 13 mars 2015 au 20 juin 2017 alors qu'il présentait une symptomatologie anxio-dépressive dans le contexte d'un état de stress post-traumatique (ci-après : ESPT) chronique. L'assuré s'était remis de cet épisode, s'était remarié le 10 mai 2017 et avait récupéré sa capacité de travail le « 1er juin 2017 » (*recte* : le 15 mars 2017). Durant la période de chômage qui avait duré du « 1er juin 2017 » (*recte* : 13 mars 2017) au 31 décembre 2019, il avait travaillé un à deux jours par semaine sous le régime du gain intermédiaire pour la société AGS, son activité consistant à faire des devis de détartrage durant quelques mois en 2018. Par la suite, il avait retrouvé, au 1er janvier 2019, un emploi au sein de la société H_____ Sàrl. En ce qui concernait la situation à partir de fin février 2019, l'assuré lui avait décrit de l'irritabilité et des difficultés d'endormissement qui s'étaient réinstallées très vite, de même qu'une fatigue physique, psychique et émotionnelle, des troubles de la concentration et de la mémoire. Dans ce contexte d'épuisement, il avait décidé de présenter sa démission en juin 2019, pour une fin de contrat au 31 août 2019. Au moment où elle avait commencé à revoir l'assuré, soit à partir du 5 septembre 2019, celui-ci présentait un état dépressif sévère dont les symptômes étaient une thymie dépressive, des troubles du sommeil importants (difficultés d'endormissement et sommeil superficiel), une fatigue physique, psychique et émotionnelle, une forte anxiété, un sentiment de vulnérabilité, un manque de volonté (aboulie) et de plaisir (anhédonie). Il était probable que le travail qu'il avait repris à 100% en janvier 2019 l'ait exposé à trop de stress et que cet élément l'ait fait rechuter. Il était actuellement en incapacité de travail depuis le 5 septembre 2019.

q. Dans une note de l'OAI, datée du 28 octobre 2019, relatant un entretien téléphonique du même jour avec la Dre G_____, cette dernière a indiqué qu'elle n'avait pas de recul par rapport à l'atteinte psychiatrique présentée par l'assuré et qu'une révision de son dossier en décembre 2019 « serait le plus souhaitable ». Selon la Dre G_____, l'assuré était d'accord avec cette manière de procéder. Sur quoi, la gestionnaire avait rappelé la Caisse de compensation pour lui annoncer qu'elle pouvait aller de l'avant en notifiant la décision de rente, le courrier du 15 octobre 2019 n'étant pas à considérer comme une audition faisant suite au projet de décision du 24 juillet 2019.

r. Le 21 novembre 2019, la Caisse cantonale vaudoise de compensation (ci-après : CCV) a rendu une décision octroyant, dès le 1er décembre 2019, un quart de rente d'invalidité à l'assuré, ainsi que deux rentes pour enfant liées à celle de leur père. Une décision concernant la période rétroactive du 1er février 2015 au 30 novembre 2019 serait rendue ultérieurement (NDR : le 17 janvier 2020).

C. **a.** En réponse à un questionnaire reçu de l'OAI, la Dre G_____ a réitéré en substance, le 19 décembre 2019, les informations données le 15 octobre 2019 en précisant que la cause de l'incapacité de travail, qui était de 100% depuis le 5 septembre 2019 (y compris dans une activité adaptée), était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.2). Le pronostic était favorable d'ici six mois.

b. Le 24 février 2020, la Dre G_____ a délivré un certificat médical attestant que l'état de santé de l'assuré permettait une reprise du travail à 10% du 24 février au 24 mars 2020.

c. Par avis du 16 avril 2020, le SMR s'est prononcé sur la demande de révision du « 02.12.2019 » à la lumière du rapport de la Dre G_____ du 19 décembre 2019, reçu le 2 janvier 2020. En somme, selon le SMR, cette psychiatre décrivait une péjoration du trouble dépressif récurrent depuis septembre 2019. Compte tenu toutefois d'un pronostic favorable à six mois, l'état de santé n'était actuellement pas stabilisé.

d. Dans un rapport du 13 juin 2020, la Dre G_____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.5), trouble de la personnalité non spécifié (F60.9) et d'antécédents d'ESPT. L'assuré se remettait peu à peu de son état anxio-dépressif sévère. Sa capacité de travail était comprise entre 50 et 70%. Les limitations fonctionnelles consistaient en une vulnérabilité dépressive, une gestion du stress difficile, une fatigabilité physique, psychique et émotionnelle. La Dre G_____ a joint à son rapport un « avis de sortie de réadaptation » établi le 16 avril 2020 par la Clinique de Crans-Montana suite au séjour que l'assuré y avait effectué du 23 mars au 14 avril 2020 pour un soutien psychologique et une réadaptation aux activités de la vie quotidienne. Cet avis retenait un état anxieux et dépressif à titre de diagnostic principal ainsi que des comorbidités (hypertension artérielle et syndrome d'apnées du sommeil).

e. Le 16 juillet 2020, la Dre G_____ a établi un certificat attestant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail à 80% du 1er mai au 31 août 2020.

f. Par certificat du 4 septembre 2020, la Dre G_____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 1er au 30 septembre 2020.

g. Par courrier du 10 octobre 2020, la Dre G_____ a mentionné que depuis son précédent rapport du 19 décembre 2019, il n'y avait pas de changement dans les diagnostics (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère F33.2 ; trouble de la personnalité non spécifié [traits de personnalité narcissique et dyssociale] F60.9), mais que l'assuré avait présenté une fluctuation de son état d'humeur en fonction de deux facteurs de stress qu'il avait rencontrés dans son quotidien. Le premier d'entre eux était d'avoir été amené à déménager à deux reprises. Le second était de s'être préoccupé d'un de ses fils, malade, et d'avoir dû faire face au décès de trois amis proches. Avant le confinement, son intention avait été de se relancer sur le plan professionnel par la création de sa propre

société. Cependant, il se rendait compte actuellement qu'il ne tenait pas dans la durée au niveau de son humeur et de ses capacités. Les limitations qui découlaient de l'atteinte à la santé étaient les suivantes : « rapide fatigue physique, psychique et mentale, irritabilité, projection, attitude négative envers lui-même, son entourage, son travail, vulnérabilité au stress, découragement face au monde du travail ». Sa capacité d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé était actuellement nulle et à réévaluer dans une année. Sa vulnérabilité à l'état dépressif le rendait très sensible aux facteurs de stress. Il présentait aussi une fluctuation de l'humeur qui l'empêchait de s'impliquer de manière stable dans un travail.

h. Par avis du 27 janvier 2021, le SMR a estimé que la réalisation d'une expertise psychiatrique était nécessaire.

i. S'en sont suivis des échanges entre l'OAI et le médecin mandaté aux fins de la réalisation de cette expertise (Dr C_____).

j. Le 10 mars 2021, l'assuré a demandé la révocation de cet expert et proposé d'autres spécialistes à la place, dont le Prof. I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

k. Les 23 mai et 9 juin 2021, l'assuré s'est rendu pour deux entretiens auprès du Prof. I_____. Dans son rapport du 5 août 2021, cet expert a retenu uniquement des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir :

- Traits de la personnalité narcissique (Z73.1) dès le début de l'âge adulte ;
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) dès 2019 ;
- Trouble dépressif récurrent, en rémission (F33.4) dès 2020.

Après avoir rappelé l'évolution de l'état de santé de l'assuré – telle que l'avait rapportée la Dre G_____ jusqu'à l'arrêt de travail remontant au 5 septembre 2019 –, l'expert a indiqué que son observation ne rejoignait absolument pas celle d'un diagnostic de trouble de l'humeur. L'assuré se montrait communicatif, très à l'aise pendant l'entretien, capable d'humour et très peu affecté par les événements de vie passés qu'il relatait avec une très grande distance et une froideur affective. Le dernier épisode de sa vie, qui avait possiblement initié un épisode dépressif en 2019, était le conflit avec son deuxième fils, toxicodépendant. Mais là encore, le récit de l'assuré minimisait les difficultés et soulignait la très bonne évolution de ce fils depuis son installation en Valais. Les traits de personnalité narcissique, décrits dans l'expertise psychiatrique d'avril 2010, pouvaient être confirmés, mais leur sévérité (qui restait moyenne) et l'absence d'un dysfonctionnement social en lien avec ces traits (l'assuré n'avait jamais été licencié pour intolérance à la hiérarchie ou à cause d'une vision surestimée de ses capacités) ne permettaient pas de retenir un trouble franc. On retenait par ailleurs une majoration claire des symptômes physiques (et cognitifs) pour des raisons psychologiques avec une

surcharge très nettement perceptible lors de l'évaluation neuropsychologique. Même en tenant compte de la possibilité d'un épisode dépressif survenu en 2019, l'assuré avait une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans toute activité depuis juin 2020, plus précisément à la date du rapport (du 13 juin 2020) de la Dre G_____ qui faisait état d'une rémission partielle du trouble dépressif. Ce dernier diagnostic ne pouvait par ailleurs pas être soutenu *per se* (un diagnostic d'épisode était nettement plus vraisemblable chez un homme sans antécédents documentés d'un autre épisode dépressif). À l'heure actuelle, aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue sur la base d'une psychopathologie existante. Le récit de l'épouse de l'assuré (que l'expert avait jointe par téléphone) montrait un homme très peu investi au quotidien, fatigué, affecté par des soucis psychosociaux (toxicodépendance du second fils, soucis financiers) qui aidait son fils à faire ses devoirs et menait une vie sans contraintes, la charge du domicile étant assumée par son épouse.

La thérapie avait possiblement permis l'amendement de l'épisode dépressif de 2019 qui était actuellement en rémission totale. La poursuite du traitement antidépresseur était appropriée, mais la capacité de travail (qui était totale) n'en dépendait pas. La référence au stress post-traumatique ne résistait pas une analyse critique du passé. Sa femme le décrivait joyeux en 2016 et il avait travaillé pendant plus de douze mois après le suicide de sa deuxième épouse.

Sous l'angle de la cohérence, il y avait un problème majeur, en ce sens que l'assuré ne présentait aucun signe de stress post-traumatique ou de trouble affectif, mais majorait ses symptômes. Les diagnostics retenus par les thérapeutes (« mais avec une précaution notable à partir de 2020 ») ne pouvaient pas être suivis. À juste titre, ils avaient suspecté un trouble de la personnalité, mais l'analyse montrait que les traits narcissiques n'étaient pas *per se* invalidants. L'assuré ne présentait ni troubles du développement, ni comorbidités psychiatriques et l'atteinte des activités instrumentales était modeste : il s'agissait davantage d'une question de motivation et de zone de confort. L'assuré avait une vie sociale et pouvait compter sur le soutien de sa famille. La thérapie tentée stagnait malgré une bonne compliance, mais la « motivation au changement » était très faible. Le poids de la souffrance n'était absolument pas palpable lors de l'entretien.

l. Par avis du 12 août 2021, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise et en a conclu que depuis la décision du « 25 septembre 2019 » (*recte* : 21 novembre 2019), l'évolution de l'état de santé avait été favorable et qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé depuis juin 2020. Depuis lors, la capacité de travail était totale dans toute activité. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles significatives.

D. **a.** Par projet de décision du 30 août 2021, l'OAI a envisagé d'augmenter transitoirement le quart de rente de l'assuré en remplaçant cette prestation par une rente entière dès le 1er décembre 2019, soit à partir du moment où l'aggravation de son état de santé, survenue en septembre 2019, avait duré trois mois. Cependant, compte tenu des conclusions du rapport d'expertise du 5 août 2021, la rente serait

supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la décision.

b. Par plis des 27 septembre et 8 novembre 2021, l'assuré a contesté ce projet de décision et les conclusions de l'expert.

c. Par courrier du 10 novembre 2021, la Dre G_____ en a fait de même en arguant du bien-fondé des diagnostics qu'elle avait posés et de l'absence de prise en compte, par l'expert, du rapport du 10 octobre 2020 qu'elle avait adressé à l'OAI. Celui-ci mentionnait une rechute dépressive (faisant suite notamment à plusieurs décès ravivant certains traumatismes non traités du passé) et un état d'épuisement et de découragement consécutif à différentes tentatives de retrouver un emploi qui avaient échoué.

d. Par avis du 18 novembre 2021, le SMR a estimé que le rapport du 10 novembre 2021 de la Dre G_____ décrivait de manière différente un même état de santé sans apporter d'élément objectivable (tel que le statut psychiatrique détaillé établi par l'expert I_____). Les conclusions de l'avis SMR du 12 août 2021 restaient par conséquent valables.

e. Le 19 novembre 2021, l'OAI a rendu une décision reprenant en tous points le projet de décision 30 août 2021. Il était également précisé que si au cours des trois années consécutives à la suppression de sa rente, l'assuré présentait une incapacité de travail de plus de 30 jours à un taux d'au moins 50% (par rapport au taux d'occupation convenu), il aurait droit à une prestation transitoire de l'assurance-invalidité. Non contestée, cette décision est entrée en force.

E. **a.** Par courrier du 15 janvier 2022, l'assuré a invité l'OAI à rouvrir son dossier et à lui verser une prestation transitoire. À l'appui de sa requête, il a produit deux certificats de la Dre G_____, datés du 1er décembre 2021, attestant que son état de santé nécessitait un arrêt de travail du 1er au 31 décembre 2021, respectivement du 1er au 31 janvier 2022. Enfin, il a rappelé qu'il était déjà en arrêt de travail complet depuis septembre 2019, soit la date qui avait été retenue pour l'attribution de la rente entière d'invalidité qui avait été supprimée au 31 décembre 2021.

b. Par projet de décision du 28 janvier 2022, l'OAI a proposé le refus d'une prestation transitoire à l'assuré. En effet, son octroi était réservé aux personnes dont la rente avait été réduite ou supprimée, soit parce qu'elles avaient participé avec succès à une mesure de nouvelle réadaptation, soit parce qu'elles avaient repris une activité lucrative ou augmenté leur taux d'activité. Or, l'assuré ne remplissait pas ces conditions.

c. Par décision du 7 mars 2022, la CCV a établi le montant de la rente entière et des deux rentes pour enfant liées à celle du père du 1er décembre 2019 au 31 décembre 2021. En tenant compte notamment des prestations déjà versées pour cette période, ainsi que d'une déduction en faveur du service des prestations complémentaires, il subsistait un solde de CHF 13'744.80 qui serait versé prochainement à l'assuré.

d. Par décision du 9 mars 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations transitoires du 17 janvier 2022.

e. Par pli du 21 juin 2022, reçu le 8 juillet 2022 par l'OAI, l'assuré a demandé la réouverture de son dossier, car son état de santé se péjorait et ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle même partielle sur le marché de l'emploi. Il souffrait de fatigue chronique, de problèmes de mémoire, d'un manque de motivation et il avait de manière récurrente des problèmes de sommeil. Il n'arrivait pas à se projeter dans l'avenir. Pour illustrer l'aggravation alléguée, il a produit :

- un courrier du 8 juillet 2022, par lequel la Dre G_____ soutenait l'assuré dans sa demande de réouverture du dossier suite à une aggravation de son état de santé. L'assuré s'était en effet réinscrit au chômage en février 2022. Alors « reconfronté au monde du travail à devoir faire ses douze postulations par mois », il avait présenté une exacerbation de sa symptomatologie anxio-dépressive et d'ESPT. Se référant également à une évaluation diagnostique et médicamenteuse effectuée par les docteurs J_____ et K_____, respectivement médecin adjointe agrégée et médecin chef de clinique auprès de l'Unité des troubles de l'humeur des HUG, elle a relevé que selon ces médecins, l'ESPT était au premier plan et qu'il y avait également un trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger F33.0). Au vu de la validation, par ces médecins, des diagnostics qu'elle avait elle-même posés dans ses précédents rapports – qui avaient été invalidés par l'expert –, et de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré quand il était confronté à nouveau au monde du travail, il était vivement souhaité que celui-ci puisse bénéficier d'une rente d'invalidité entière ;
- le rapport du 6 mai 2022 des Drs J_____ et K_____, cité par la Dre G_____, posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). L'ESPT leur semblait être le diagnostic au premier plan, responsable de la plus grande part des symptômes de l'assuré et de sa souffrance. Sans poser formellement un diagnostic, ils soupçonnaient aussi un trouble de la personnalité borderline, ainsi qu'un trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Enfin, l'assuré souffrait d'un syndrome d'apnées du sommeil (ci-après : SAS) important pour lequel il ne portait pas d'appareil – qu'il ne tolérait pas. Cette comorbidité pouvait entretenir les symptômes dépressifs, raison pour laquelle ils avaient encouragé l'assuré à faire le point avec son médecin traitant.

f. Par avis du 14 juillet 2022, le SMR a estimé que les pièces médicales versées au dossier depuis l'été 2021 ne rendaient plausible aucune aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assuré. En définitive, le précédent avis du SMR, du 18 novembre 2021, restait d'actualité.

g. Par projet de décision du 19 juillet 2022, l'OAI a proposé le refus d'entrer en matière sur la demande du 8 juillet 2022.

h. Par pli du 15 septembre 2022, l'assuré a contesté ce projet en y joignant un courrier du 8 septembre 2022 de sa psychiatre traitante. La Dre G_____ y indiquait que son patient, dans le contexte de son ESPT chronique et de ses comorbidités (trouble dépressif récurrent, trouble de la personnalité et autres atteintes en attente d'investigations) n'avait pas de capacité de travail sur le marché ordinaire du travail.

i. Par avis du 22 décembre 2022, le SMR a estimé que le rapport du 8 septembre 2022 de la Dre G_____ n'apportait aucun élément tangible rendant plausible une aggravation notable et durable de l'état de santé du recourant depuis la décision « du 9 mars 2022 ». Il convenait donc toujours de se référer à l'avis du SMR du 18 novembre 2021.

j. Par décision du 9 janvier 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 8 juillet 2022, motif pris que les pièces médicales produites à l'appui de cette demande ne rendaient plausible aucune aggravation notable et durable depuis la décision du 19 novembre 2021.

F. **a.** Le 16 février 2023, l'assuré, assisté d'une avocate, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2023 avec intérêts moratoires à 5% l'an sur les arriérés de rente dès le 24ème mois suivant leur exigibilité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction de la demande du 8 juillet 2022, le tout sous suite de frais et dépens.

À l'appui de sa position, il a fait valoir en substance qu'en comparant son état de santé tel qu'il se présentait au moment de la décision du 19 novembre 2021 à celui qui existait au moment de la décision attaquée, les rapports médicaux versés au dossier à compter du 8 juillet 2022 ne se limitaient pas à rendre plausible, mais rendaient au contraire vraisemblable l'aggravation de l'état de santé au cours de la période de comparaison évoquée.

b. Par réponse du 16 mars 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours et fait valoir que la Dre G_____ faisait une évaluation différente d'un même état de fait déjà soumis à l'appréciation de l'expert I_____. Par ailleurs, on peinait à comprendre en quoi le fait de devoir rechercher un emploi puisse provoquer l'aggravation d'un éventuel ESPT.

c. Par réplique du 24 avril 2023, le recourant a soutenu que l'intimé ne pouvait être suivi en tant qu'il affirmait que la Dre G_____ ne faisait qu'apprécier différemment un même état de fait. En effet, la réinscription au chômage en février 2022 et l'exacerbation de la symptomatologie anxio-dépressive et d'état de stress-post-traumatique (rappelée une nouvelle fois dans un rapport du 2 avril 2023 de cette psychiatre traitante) qui en avait découlé constituaient des éléments

nouveaux survenus après l'expertise. Pour le surplus, et contrairement à ce que soutenait l'intimé, il n'était pas incompréhensible, mais à tout le moins plausible que le fait de se voir à nouveau confronté au monde du travail ait provoqué un nouvel effondrement dépressif. Une situation comparable s'était en effet déjà produite par le passé. En attestait le rapport du 15 octobre 2019 dans lequel la Dre G_____ expliquait l'incapacité de travail du recourant à compter du 5 septembre 2019 par le fait qu'il était probable que le travail repris à 100% en janvier 2019 l'ait exposé à trop de stress et l'ait fait rechuter.

d. Par pli du 11 septembre 2023, le recourant s'est enquis de l'avancement de la procédure auprès de la chambre de céans.

e. Le 2 octobre 2023, cette dernière lui a répondu que le cas serait examiné dans les meilleurs délais.

f. Les autres faits seront exposés, si nécessaire, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI), à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 La procédure de la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

1.4 Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

Datée du 9 janvier 2023, la décision litigieuse a été notifiée le 18 janvier 2023 au conseil du recourant. Interjeté le 16 février 2023 dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

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

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

Dans la mesure où la modification déterminante de l'état de fait, invoquée par le recourant, s'est (ou se serait) produite après le 31 décembre 2021, ce sont les dispositions de la LAI et celles du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) dans leur version en vigueur depuis le 1er janvier 2022 qui s'appliquent.

3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de rente du recourant. Concrètement, la question litigieuse concerne l'existence ou non d'une aggravation de l'état de santé du recourant entre la décision du 19 novembre 2021 (supprimant la rente d'invalidité au 31 décembre 2021) et celle du 9 janvier 2023, rejetant la nouvelle demande du 8 juillet 2022.

4.

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

4.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; 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).

4.3 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*). Ces principes sont toujours valables dans le cadre de la jurisprudence soumettant l'évaluation des troubles psychiques à une procédure probatoire structurées selon l'ATF 141 V 281 (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le droit de l'assurance-invalidité continuant à exclure les facteurs psychosociaux ou socioculturels dans la mesure où il s'agit de décrire les facteurs assurés qui sont déterminants, d'un point de vue causal, pour l'évaluation de l'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_559/2019 du 20 janvier 2020 consid. 3.2). En revanche, les conséquences fonctionnelles des atteintes à la santé sont également évaluées en tenant compte des facteurs psychosociaux et socioculturels qui influencent l'ampleur des conséquences d'une atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). En tant qu'ils entraînent directement des conséquences fonctionnelles négatives, ils ne sont donc pas pris en compte (ATF 141 V 281 consid. 3.4.3.3 ; 127 V 294 consid. 5a). Les facteurs de stress psychosociaux peuvent toutefois contribuer indirectement à l'invalidité s'ils entraînent une atteinte avérée à l'intégrité psychique qui restreint à son tour la capacité de travail, s'ils maintiennent une atteinte à la santé devenue autonome ou en aggravent les conséquences – qui existent indépendamment des éléments étrangers à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_559/2019 du 20 janvier 2020 consid. 3.2 et l'arrêt cité). Ainsi, les particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale et les difficultés émotionnelles causées notamment par l'émigration (déracinement acclimatation) n'engendrent pas une invalidité ; ces particularités peuvent toutefois constituer des facteurs aggravants d'importance variable selon les individus et favoriser l'apparition de troubles psychogènes. Par ailleurs, les troubles psychiques dus principalement à des circonstances extérieures, telles que le surmenage causé par l'exercice de plusieurs professions (par ex. l'accomplissement des tâches ménagères parallèlement à l'activité lucrative) ou un milieu défavorable n'ont pas valeur d'invalidité (Jean PIRROTTA, Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité, *in* RSAS 2005, p. 517, 521). De même, une aggravation de l'état de santé qui trouve son explication dans des recherches d'emploi infructueuses n'est pas pertinente en droit de l'assurance-invalidité (cf.

arrêt du Tribunal fédéral 9C_330/2021 du 6 septembre 2021 consid. 4.4.2 et la référence à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_717/2018 du 22 mars 2019 traitant des facteurs psychosociaux et socioculturels à son consid. 3). Enfin, il sied d'ajouter que ne relève pas non plus de l'AI l'incapacité de travail et de gain causée non par une atteinte à la santé mais par des facteurs étrangers à l'invalidité, tels que l'âge, une formation insuffisante, des connaissances linguistiques limitées, un manque d'ardeur au travail ou une situation économique difficile (chômage ; PIRROTTA, *op. cit*., p. 522 et les références).

5.

5.1 Selon l'art. 87 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

L'exigence du caractère plausible de la modification survenue doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

5.2 Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit tout d'abord examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de

révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à prestation (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1).

5.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

L'examen du juge se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités).

L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La

nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

6. Il convient d'examiner, en l'occurrence, si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 19 novembre 2021.

6.1 Il sied de souligner en premier lieu que cette décision se fondait sur le rapport d'expertise du 5 août 2021, lequel concluait à une pleine capacité de travail du recourant dans toute activité depuis juin 2020, plus précisément à la date du rapport (du 13 juin 2020) de la Dre G_____ qui faisait état d'une rémission partielle du trouble dépressif. S'agissant de l'évolution rapportée par ce médecin dans son rapport du 10 octobre 2020, elle consistait dans une fluctuation de son état d'humeur en fonction de deux facteurs de stress, le premier étant d'avoir dû déménager à deux reprises et le second de s'être préoccupé d'un de ses fils, malade, ainsi que d'avoir dû faire face au décès de trois amis proches. Par ailleurs, il présentait un découragement face au monde du travail, dans la mesure où le projet de se relancer sur le plan professionnel par la création de sa propre entreprise se heurtait au sentiment qu'il ne tiendrait pas dans la durée au niveau de son humeur et de ses capacités. Aussi la Dre G_____ estimait-elle dans ce rapport que la capacité de travail du recourant était nulle. Pour l'expert I_____ en revanche, on ne retrouvait, après juin 2020, aucune limitation fonctionnelle pouvant être retenue sur la base d'une psychopathologie existante, mais un homme affecté par des soucis psychosociaux (toxicodépendance du fils, soucis financiers) (dosser AI, doc. 209, p. 654).

6.2 Dans la mesure où le SMR a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise du 5 août 2021 (absence d'atteinte à la santé depuis juin 2020) et qu'en conséquence, la décision du 19 novembre 2021, non contestée, a supprimé la rente au 31 décembre 2021, il importe donc de s'assurer ci-après (consid. 6.2.1 et 6.2.2) que les rapports versés au dossier à l'appui de la nouvelle demande, du 8 juillet 2022, rendent plausible une aggravation de l'état de santé qui serait survenue depuis cette décision et qu'ils ne se bornent pas à apprécier de manière différente un même état de fait déjà soumis à l'expert.

6.2.1 S'agissant du rapport du 6 mai 2022 de l'Unité des troubles de l'humeur des HUG, celui-ci pose les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger (F33.0). Force est cependant de constater que les auteurs de ce rapport ne font mention nulle part du rapport d'expertise du 5 août 2021 – niant le premier de ces diagnostics et, de façon plus générale, toute psychopathologie invalidante après juin 2020 – et n'expliquent pas non plus leur appréciation diagnostique (différente de celle de l'expert) en se fondant sur l'évolution du cas postérieure à l'expertise. Par ailleurs, l'absence de référence à des événements récents, mais, au contraire, la prise en compte, à des fins diagnostiques, de nombreux éléments déjà soumis à l'appréciation de

l'expert ne permet pas de rendre plausible une aggravation notable et durable de l'état de santé du recourant depuis la décision du 19 novembre 2021.

6.2.2 Quant au rapport du 8 juillet 2022 de la Dre G_____, celui-ci met surtout en avant le fait que les médecins de l'Unité des troubles de l'humeur des HUG valident des diagnostics – dont celui d'ESPT – qu'elle a elle-même posés dans de précédents rapports « invalidés par l'expert ». Or, cette dernière précision souligne que le rapport du 6 mai 2022 de l'Unité des troubles de l'humeur apprécie de manière différente un état de fait déjà soumis à l'expert. La Dre G_____ affirme cependant aussi que la réinscription du recourant au chômage en février 2022, en particulier le fait de devoir faire douze recherches d'emploi par mois et de se sentir ainsi à nouveau confronté au monde du travail, aurait provoqué une exacerbation de la symptomatologie de l'ESPT et de l'état anxio-dépressif présentée comme suit : « sentiment de fatigue permanente avec accès d'épuisement soudains, douleurs musculaires sans cause organique, douleurs lombaires, douleurs rhumatologiques, douleurs thoraciques, troubles digestifs, troubles du comportement alimentaire, perturbations du sommeil, troubles cognitifs surtout sous forme de troubles de la concentration et de la mémoire, irritabilité, isolement social, tension interne, fragilité narcissique bien présente, difficultés aussi à se projeter dans le monde du travail ».

Il est vrai que l'évolution décrite à partir de l'inscription au chômage en février 2022 est effectivement postérieure à la décision du 19 novembre 2021. Cependant, dans la mesure où le diagnostic d'ESPT a été précédemment écarté par l'expert, on ne voit pas en quoi les symptômes décrits par la Dre G_____ seraient l'expression d'une « exacerbation » de l'ESPT. Pour le reste, ce médecin n'explique pas non plus en quoi le fait de devoir présenter douze recherches d'emploi par mois serait de nature à faire naître un tel trouble. On relève en outre que si l'on excepte l'inscription au chômage du recourant en février 2022 et le sentiment de nouvelle confrontation au monde du travail que cette démarche administrative aurait fait naître, la Dre G_____ ne fournit aucun autre élément pour expliquer que le recourant soit passé, selon les constatations de l'expert I_____, d'une absence de psychopathologie invalidante (au moment de l'expertise) à « un effondrement dépressif » en l'espace de quelques mois.

Le recourant objecte que le fait de soutenir qu'il serait incompréhensible que la recherche d'un nouvel emploi puisse provoquer une aggravation de ses troubles témoignerait d'une mauvaise connaissance de son passé clinique. Il renvoie à cet égard au rapport du 15 octobre 2019 de la Dre G_____, plus particulièrement au fait qu'il était probable que le travail repris à 100% en janvier 2019 l'ait exposé à trop de stress et l'ait fait rechuter, entraînant une incapacité de travail totale à partir du 5 septembre 2019. La chambre de céans constate que l'expert ne se rallie que très partiellement à cette analyse puisque de son point de vue, le dernier épisode de la vie du recourant, qui avait possiblement initié un épisode dépressif en 2019 (et jusqu'à juin 2020 au plus tard), était le conflit avec son deuxième fils,

toxicodépendant. Par ailleurs, on rappellera que pour la période subséquente, les « facteurs de stress » et la symptomatologie décrite par la Dre G_____ dans son rapport du 10 octobre 2020 pour justifier le retour à une incapacité de travail complète n'ont pas empêché l'expert de considérer qu'après la rémission de l'état dépressif attestée par la Dre G_____ dans son rapport du 13 juin 2020, les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas par une psychopathologie existante, mais qu'il existait en revanche des « facteurs psychosociaux » non pertinents (cf. dossier AI, doc. 209, p. 654-655). Or, dans la mesure où une aggravation de l'état de santé qui s'explique par des recherches d'emploi infructueuses n'est pas pertinente en droit de l'assurance-invalidité (ci-dessus : consid. 4.3), il convient de considérer qu'un « effondrement dépressif » qui serait, lui aussi, causé par un facteur psychosocial – à savoir, en l'espèce, le sentiment d'être confronté à nouveau au monde du travail par le fait de devoir effectuer douze recherches d'emploi par mois – ne met pas en avant un substrat médical pertinent par rapport aux conclusions de l'expert I_____. Il s'ensuit qu'une aggravation de l'état de santé qui aurait eu lieu entre l'état de fait sur lequel reposait la décision du 19 novembre 2021 et la décision litigieuse n'a pas été rendue plausible. Partant, l'intimé était fondé à ne pas entrer en matière sur la demande du 8 juillet 2022.

7. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

8. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative - E 5 10.03).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Nathalie KOMAISKI	Marine WYSSENBACH

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