

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1261/2024

ATAS/626/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 août 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Émilie CONTI MOREL, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1965, originaire d'Égypte, divorcé, titulaire d'une autorisation d'établissement C, électromécanicien, a travaillé comme gestionnaire (service logistique) pour N_____, société suisse d'assurance sur la vie S.A., du 8 décembre 2008 au 31 août 2014. Il a ensuite bénéficié d'indemnités de l'assurance chômage dans un délai-cadre d'indemnisation du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2016 ; il a suivi un stage en qualité d'employé d'économat hôtelier du 7 au 18 mars 2016 à la Clinique Jolimont, organisé par Passerelle+.

b. Dès le 19 septembre 2016, la docteure B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré jusqu'au 9 août 2017.

B. a. Le 30 juin 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.

b. Le 7 juillet 2017, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté d'une pathologie psychiatrique chez l'assuré, incapacitante depuis septembre 2016 et d'un suivi par la Dre B_____.

c. Le 17 août 2017, la Dre B_____ a indiqué à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) qu'elle suivait l'assuré depuis le 10 août 2010, qu'il lui avait été adressé par la Dre C_____. Il avait décompensé en août 2016, suite à son licenciement en 2014 et à une période de chômage. Il présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 32.1) et un trouble de personnalité paranoïaque (F 60.0), incapacitants depuis septembre 2016 (décompensation de la personnalité paranoïaque sur un mode dépressif permanent). Il n'était plus capable de s'adapter à un emploi.

d. Le 24 avril 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame E_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont rendu, à la demande de l'OAI, un rapport d'expertise, fondé notamment sur deux entretiens avec l'assuré, un entretien téléphonique avec un voisin de l'assuré et un autre avec la Dre B_____.

L'assuré se plaignait de fatigue due à son traitement médicamenteux. Ils ont posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 12.2) dès le début de l'âge adulte ; traits de personnalité émotionnellement labile, type borderline (Z 73.1) dès le début de l'âge adulte. Actuellement on ne retrouvait pas d'affects dépressifs et les symptômes rapportés (fatigue, solitude, humeur fluctuante) étaient de faible intensité non compatible avec un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. In fine, les seuls diagnostics concernaient les traits borderline patents (instabilité affective, transgression de la loi, impulsivité, intolérance aux frustrations) et la

dépendance au cannabis. Ces deux diagnostics (le premier concernait des traits et non pas un trouble franc) n'étaient pas invalidants et imposaient tout au plus un retour progressif au monde du travail. La privation de ses soutiens en Suisse (femme, travail) amenait un flottement, qui était aujourd'hui la véritable source de son désarroi. Un travail de logisticien ou de magasinier était à sa portée dès 2016, d'abord à 50% pendant six mois.

e. Le 19 juillet 2018, le docteur F_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que la capacité de travail de l'assuré était totale.

f. Par projet de décision du 20 juillet 2018, l'OAI a refusé une rente et des mesures professionnelles à l'assuré, au motif qu'il présentait une capacité de travail entière dans toute activité.

g. Le 31 août 2018, la Dre B_____ a écrit à l'OAI, en relevant les limitations fonctionnelles de l'assuré, lequel supportait un traitement psychotrope très important, confirmant sa pathologie globale. L'incapacité de travail était totale.

h. Le 12 septembre 2018, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il contestait son refus de prestations ; il présentait une dépression, des oublis, des problèmes psychologiques et psychiatriques, des troubles de l'attention et de la concentration et une sciatique à la jambe gauche, de sorte que dès qu'il marchait plus de dix minutes, il avait de fortes douleurs.

i. Par décision du 18 octobre 2018, l'OAI a refusé une rente et des mesures professionnelles à l'assuré, faisant référence à un avis du même jour du Dr G_____, du SMR, selon lequel le rapport de la Dre B_____ du 31 août 2018 n'apportait pas d'élément nouveau.

j. Le 19 novembre 2018, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 18 octobre 2018, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, en faisant valoir qu'il n'avait pas été soumis à une expertise. Il a communiqué des certificats médicaux de la Dre B_____ attestant de son incapacité de travail totale du 19 septembre 2016 au 30 novembre 2018, ainsi que des ordonnances prescrivant des médicaments.

k. Le 3 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se ralliant à un avis du SMR du 29 novembre 2018, estimant que les certificats d'arrêt de travail de la Dre B_____ n'indiquaient pas de motif et que le traitement n'avait pas été modifié depuis l'expertise psychiatrique, de sorte que les précédentes conclusions du SMR restaient valables. Par ailleurs, l'expertise psychiatrique avait pleine valeur probante et permettait de statuer en pleine connaissance de cause, sans ordonner des mesures d'instruction.

l. Le 14 janvier 2019, l'assuré a répliqué, en contestant le rapport d'expertise psychiatrique, qui était contraire aux avis des Dres C_____ et B_____ ; en

particulier, celle-ci avait confirmé le 31 août 2018 une incapacité de travail totale ; par ailleurs, les problèmes physiques (sciatique à la jambe gauche, hernie discale) n'avaient pas été investigués. Il a communiqué :

- Un rapport d'IRM du 20 novembre 2018 concluant à la présence d'une hernie discale L4-L5 postéro-latérale gauche comprimant la racine L5 gauche à sa sortie du sac dural. Discopathie dégénérative multi-étagée prédominant en L3-L4 de type MODIC I principalement, accompagnée d'un discret rétrolisthésis de L3, dégénératif.
- Un rapport de radiographie de la colonne lombaire du 1^{er} octobre 2018 concluant à un alignement conservé. Absence de fracture ou de tassement. Ostéochondrose intervertébrale étagée, plus marquée et modérée au niveau D12-L1 et L1-L2. Spondylarthrose étagée, plus marquée et modérée au niveau L4-L5 et L5-S1 avec rétrécissement d'origine multifactorielle osseux débutant L4-L5 et L5-S1. Apposition ostéophytaires antérieure étagée. Apposition ostéophytaires latérales à prédominance droite notamment au niveau L1-L2. Absence d'arthrose sacro-iliaque significative. Absence de coxarthrose significative, partiellement investiguée.

m. Le 4 février 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

n. À la demande de la chambre de céans, la Dre B_____ a indiqué le 23 février 2019 qu'elle était d'accord avec les diagnostics posés par les experts D_____ et E_____, que l'assuré avait une dépendance au cannabis mais que depuis octobre 2018 il était pris en charge dans une consultation spécialisée des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour suivre un traitement de cannabis sur prescription médicale, qu'elle se ralliait à l'expertise qui était très exhaustive et convaincante, qu'actuellement elle était d'accord avec une capacité de travail totale de l'assuré en tant que logisticien ou magasinier, avec une reprise progressive de six mois à un taux de 50%.

o. À la demande de la chambre de céans, la Dre B_____ a rendu un rapport complémentaire le 2 avril 2019.

Elle se ralliait à l'expertise en ce qu'elle concluait à des traits de personnalité borderline, à tendance impulsive, avec intolérance aux frustrations, sans présenter les caractéristiques d'une paranoïa qualifiée. En revanche, elle contestait l'expertise en ce qu'elle concluait de manière rétroactive que le recourant présentait une capacité entière de travail depuis 2016. En effet, le licenciement qu'il avait subi en 2014, les frustrations liées aux stages non-payés effectués en 2016 et l'impossibilité de retrouver un emploi avaient conduit, en 2016, à une décompensation sous forme d'un trouble dépressif sévère, de sorte que le recourant, en cette année, ne disposait plus des ressources psychiques nécessaires pour s'adapter à un emploi. Le diagnostic de cet état dépressif, d'abord identifié par la Dre C_____ et qu'elle avait pu confirmer dans son suivi dès septembre

2016, justifiait une mise à l'arrêt de travail et ne pouvait être remis en cause par une anamnèse établie deux ans plus tard.

Elle rectifiait en ce sens sa réponse du 23 février 2019. Le *status* psychiatrique du recourant s'était amélioré au cours de l'année 2018 du point de vue de ses troubles dépressifs. Le recourant était capable de travailler, tout du moins à temps partiel, à partir d'avril 2018, tel que l'expertise avait pu le mettre en évidence à ce moment. Dans cette mesure, elle se ralliait à l'expertise et se voyait contrainte de révoquer les certificats médicaux attestant d'un arrêt total de travail pour la période d'avril 2018 à février 2019.

p. À la demande de la chambre de céans, la docteure H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport médical le 20 juin 2019.

Elle était partiellement d'accord avec les diagnostics posés par les experts. L'assuré présentait plusieurs éléments en faveur d'un trouble de personnalité paranoïaque, tel qu'un caractère soupçonneux et une tendance à interpréter les actions d'autrui comme hostiles ; au contraire de l'avis de l'expert, elle évaluait que l'assuré présentait un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes hors de proportions avec la situation réelle et il avait une attitude procédurière, comme il l'avait vécu avec son dernier employeur, ou avec sa demande de l'assurance-invalidité, où il se sentait et restait convaincu qu'il était victime de la machination du système à son encontre. Il présentait aussi une dépendance au cannabis ayant un impact sur les traits paranoïaques ; il était en incapacité de travail pour le moment, en raison de son trouble de personnalité ; il vivait isolé du point de vue relationnel et n'avait pas de contact avec sa famille, en raison de sa personnalité paranoïaque.

q. Le 9 août 2019, le service de neurochirurgie des HUG, a attesté d'une intervention chirurgicale du recourant le 8 août 2019 en raison d'un diagnostic d'hernie discale L4-L5 gauche en conflit avec la racine L5 gauche et d'un arrêt de travail total du 8 août au 15 septembre 2019.

r. Par arrêt du 28 octobre 2019 (ATAS/990/2019), la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision de l'OAI du 18 octobre 2018 et renvoyé la cause à celui-ci pour une investigation somatique et nouvelle décision. L'expertise psychiatrique était probante, sous réserve d'une incapacité de travail totale de l'assuré, qu'il fallait confirmer pour la période de septembre 2016 à mars 2018.

- C.** **a.** Le 15 décembre 2019, la docteure I_____, cheffe de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a attesté d'un suivi depuis le 24 juillet 2019, d'une incapacité de travail totale du 29 juillet au 8 août 2019, à réévaluer. Elle a posé le diagnostic d'ostéochondrose lombaire avec composante active L3-L4 et hernie discale L4-L5 gauche. L'assuré avait bénéficié d'un traitement chirurgical le 8 août 2019.

b. Le 6 janvier 2020, la Dre C_____ a attesté d'une incapacité de travail totale sans réinsertion possible, en raison de problème psychique et de douleur à la marche et lors de longue position assise.

c. Le 8 juin 2020, elle a mentionné une lombosciatalgie droite séquellaire et une cervicalgie gauche. L'assuré ne pouvait porter des lourdes charges, ni rester assis longtemps.

d. Le 15 juin 2020, la Dre I_____ a mentionné une amélioration des douleurs au dos et à la jambe mais une nouvelle douleur aux épaules et au bras. Il pouvait exercer un travail non-physique ou « léger physique ».

e. Le 16 novembre 2020, la Dre H_____ a attesté d'une thymie abaissée, d'une anhédonie, d'une asthénie et d'une importante perte de l'élan vital ayant nécessité une hospitalisation récente à la clinique de Montana. Son état psychique était en péjoration et il présentait un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, entraînant une incapacité de travail totale depuis le début de son suivi le 7 mars 2019.

f. Le 30 novembre 2020, la clinique de Montana a attesté d'un séjour du 28 septembre au 15 octobre 2020 pour un soutien psychologique, un éloignement des facteurs de stress et une prise en charge de la douleur.

g. Le 28 décembre 2020, la Dre I_____ a relevé une douleur depuis avril 2020 au niveau du dos, au niveau inguinal à droite et au niveau C6 à droite et le 23 mars 2021 elle a mentionné une récurrence de la hernie discale L4-L5 gauche.

h. À la demande de l'OAI, les docteurs J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, ont rendu un rapport d'expertise bidisciplinaire le 6 mai 2022.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était nulle dans l'activité de logistique et manutentionnaire et de 100% dans une activité adaptée dès le 16 octobre 2019. Les diagnostics étaient ceux de syndrome lombovertébral, *status* post chirurgie lombaire en août 2019, syndrome de déconditionnement global avec dysbalance musculaire, hygroma du coude droit en cours de traitement, œdèmes des membres inférieurs probablement d'origine veineuse en cours de traitement.

Du point de vue psychiatrique, il était totalement capable de travailler. Le diagnostic était celui de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation nocive pour la santé.

i. Le 29 juin 2022, la Dre I_____ a attesté d'une discopathie importante au niveau lombaire avec deux (*sic*) interventions chirurgicales avec une chronicisation des douleurs.

- j.** À la demande de l'OAI, le Dr J_____ a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail totale également durant la période de septembre 2016 à mars 2018.
- k.** Le 17 juin 2022, le SMR a estimé qu'il ne pouvait pas suivre l'avis du Dr J_____, lequel s'écartait de celui de la Dre B_____, lui-même confirmé par la chambre de céans. L'assuré était totalement incapable de travailler du 1^{er} septembre 2016 au 31 mars 2018 et dès le 24 juillet 2019, et capable de travailler dans une activité adaptée dès le 16 octobre 2019.
- l.** Le 21 décembre 2022, le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré. Il présentait des lombalgies chroniques invalidantes, réfractaires aux traitements. Le contexte psychiatrique influençait défavorablement l'état clinique de l'assuré.
- m.** Le 1^{er} février 2023, la Dre H_____ a indiqué que le trouble de personnalité était totalement incapacitant.
- n.** Le 20 février 2023, le SMR a maintenu son appréciation médicale antérieure.
- o.** Le 19 avril 2023, l'assuré a été opéré en raison d'une pancréatite aigüe œdémato-interstitielle.
- p.** Le 26 juin 2023, le SMR a maintenu son appréciation antérieure.
- q.** Le 7 juillet 2023, l'OAI a clos le mandat de réadaptation et constaté une perte de gain nulle.
- r.** Par projet de décision du 22 août 2023, l'OAI a alloué au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 30 juin 2018, fondée sur une incapacité de travail totale du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2018. La demande de prestations était tardive, car déposée le 30 juin 2017.
- s.** Le 19 septembre 2023, la Dre H_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré, en relevant que l'aggravation de la santé somatique impliquait une aggravation psychiatrique.
- t.** Le 22 septembre 2023, l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI, en relevant que depuis 2016 son état s'était aggravé. Il a communiqué des rapports des 27 avril et 15 juin 2023 de la consultation ambulatoire d'immunologie clinique des HUG.
- u.** Le 19 octobre 2023, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré depuis janvier 2023, a attesté d'une maladie immuno-dermatologique survenue au début de l'année qui, ajoutée aux diagnostics connus, empêchait toute activité professionnelle.
- v.** Le 12 décembre 2023, le service d'immunologie et allergologie des HUG a attesté d'une gêne dans les activités quotidiennes due à une fasciite à éosinophiles (diagnostic posé en avril 2023), rendant inconcevable une activité.

w. Le 9 janvier 2024, le SMR a considéré que cette nouvelle atteinte, depuis le 1^{er} avril 2023, était totalement incapacitante.

x. Par décision du 1^{er} mars 2024, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 30 juin 2018 et dès le 1^{er} avril 2024, en considérant qu'il avait présenté une nouvelle atteinte totalement incapacitante dès le 1^{er} avril 2024.

D. a. Le 17 avril 2024, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2018. De 2017 au 1^{er} novembre 2020, il avait droit à un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 40% (calculé en comparant son revenu en tant de gestionnaire logistique avec un revenu dans une activité adaptée issu des salaires statistiques, auquel un abattement de 25% devait être appliqué). Dès le 1^{er} novembre 2020, son état de santé psychique s'était péjoré et il était totalement incapable de travailler.

b. Le 22 mai 2024, le SMR a estimé que, contrairement à l'avis du Dr K_____, il n'y avait pas d'atteinte somatique lombaire durablement incapacitante depuis 2017, mais qu'une telle atteinte était présente dès le 1^{er} octobre 2018, de sorte que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle dès le 1^{er} septembre 2016 (motif psychiatrique), entière dès le 1^{er} avril 2018 et nulle dès le 1^{er} octobre 2018 (motif somatique). La capacité de travail dans une activité adaptée avec épargne du dos était nulle dès le 1^{er} septembre 2016, entière dès le 1^{er} avril 2018, nulle dès le 1^{er} octobre 2018, entière dès le 16 octobre 2019 puis nulle dès le 1^{er} avril 2023.

c. Le 28 mai 2024, l'OAI a fixé le degré d'invalidité, en 2019, à 25,24%, fondé sur un revenu sans invalidité de CHF 82'269.- et un revenu d'invalidité, issu de l'ESS 2018, avec un abattement de 10%, de CHF 61'503.-.

d. Le 28 mai 2024, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité et a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité du 1^{er} octobre 2018 au 15 octobre 2019 en raison d'une nouvelle atteinte somatique. Il s'agissait d'un nouveau cas d'assurance, de sorte que le délai de carence était échu le 1^{er} octobre 2019, date à laquelle il avait récupéré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. L'aggravation de l'état de santé somatique dès le 1^{er} avril 2023 donnait en revanche droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2023 (au lieu du 1^{er} avril 2024).

e. Le 1^{er} juillet 2024, le recourant a répliqué, en relevant que vu les nouvelles conclusions de l'intimé, seule était litigieuse la question de sa capacité résiduelle de travail du 16 octobre 2019 au 31 mars 2023. Or, le 29 juin 2022, la Dre I_____ avait attesté d'une incapacité de travail totale, de sorte qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2022. Antérieurement un travail n'était pas exigible.

f. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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 Le 1^{er} janvier 2022, 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) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaire s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. c, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, avaient au moins 55 ans, l'ancien droit reste applicable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_561/2022 du 4 août 2023 consid. 3.1 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que le droit est né avant cette date, de sorte que les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. En outre, dans la mesure où le recourant avait, au 1^{er} janvier 2022, 57 ans déjà, l'ancien droit restera applicable jusqu'à l'extinction ou la suppression de son droit à la rente.

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

2. S'agissant de l'objet du litige, les conclusions du recourant ne sont pas très claires : il conclut dans son recours à l'annulation de la décision du 1^{er} mars 2024 (laquelle lui alloue cependant une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 30 juin 2018 et dès le 1^{er} avril 2024) et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2018, tout en réclamant l'octroi d'une rente partielle fondée sur un degré d'invalidité de 40% « pour la période de l'année 2017 au 1^{er} novembre 2020 ». Suite à la proposition de l'intimé d'allouer au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2023 en lieu et place du 1^{er} avril 2024, le recourant estime qu'est seule litigieuse la question de sa capacité de travail du 16 octobre 2019 au 31 mars 2023 et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2022 et, pour la période antérieure, à l'octroi d'une rente partielle d'invalidité, tout en persistant dans les conclusions de son recours.

Cela étant, vu les griefs émis par le recourant à l'encontre de l'appréciation de sa capacité de travail, et cela dès le 1^{er} avril 2018, il convient d'admettre que le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2023, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2023, étant relevé que l'intimé a reconsidéré la décision attaquée en allouant au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2023 au lieu du 1^{er} avril 2024.

- 3.

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

3.2 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).

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

3.3 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.

3.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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

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

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

3.4.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient

cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.4.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

3.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

3.6 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

4. En l'occurrence, l'intimé a alloué au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 30 juin 2018 et dès le 1^{er} juillet 2023 (selon sa dernière écriture du 28 mai 2024), fondée sur une capacité de travail du recourant nulle dans toute activité dès le 1^{er} septembre 2016, entière dans toute activité du 1^{er} avril 2018 au 30 septembre 2018, nulle dans toute activité du 1^{er} octobre 2018 au 15 octobre 2019, entière uniquement dans une activité adaptée dès le 16 octobre 2019 et nulle dans toute activité dès le 1^{er} avril 2023.

Il a considéré que l'incapacité de travail totale dès le 1^{er} octobre 2018 provenait d'une nouvelle atteinte à la santé, de sorte qu'un délai d'attente d'une année était applicable, venant à échéance le 30 septembre 2019, ce qui excluait un droit à toute rente d'invalidité.

4.1 Du point de vue psychiatrique, l'intimé se fonde sur le rapport d'expertise du Dr J_____ du 6 mai 2022, lequel a conclu à l'absence de psychopathologie incapacitante du recourant, depuis toujours.

Il s'en écarte toutefois pour la période de septembre 2016 à mars 2018. Interrogé spécifiquement sur cette période, le Dr J_____ a considéré le 6 juillet 2022 que le recourant n'avait jamais présenté d'épisode dépressif sévère et incapacitant, en se référant aux éléments retrouvés dans l'expertise du Dr D_____. Or, le SMR n'a finalement pas suivi l'appréciation du Dr J_____, car celui-ci s'écartait de l'avis de la Dre B_____ et de l'avis de la chambre de céans (avis du SMR du 17 août 2022).

L'appréciation non probante du Dr J_____ concernant la période de septembre 2016 à mars 2018 ne peut qu'être confirmée. De surcroît, celle concernant la période subséquente n'emporte pas non plus la conviction.

4.1.1 Le rapport du Dr J_____ contient une analyse très succincte de la situation du recourant, comprend des contradictions et ne discute jamais les rapports, pourtant étayés, des psychiatres traitantes, les Dres B_____ et H_____, alors même que tous les rapports de ces médecins sont cités et résumés dans le rapport d'expertise, sous le chapitre synthèse du dossier.

Le Dr J_____ indique ainsi que le recourant est suivi depuis six ans par la Dre H_____, ce qui est erroné puisque celle-ci a mentionné un suivi depuis le 7 mars 2019 seulement et que cette date ressort également du rapport d'expertise du Dr J_____ qui cite le rapport de la Dre H_____ (expertise J_____ p. 17). Dans son rapport du 16 novembre 2020, la Dre H_____ a mentionné une aggravation de l'état de santé du recourant et une thymie abaissée, une anhédonie, une asthénie, une importante perte de l'élan vital depuis environ trois mois, ayant nécessité une hospitalisation à la clinique de Montana, un sentiment d'inutilité, des ruminations, des regrets, une tristesse, une diminution de l'intérêt et du plaisir, des idées noires et des idées suicidaires, avec ralentissement, l'absence d'activité sociale ou de loisirs, de ressources. Or, cette symptomatologie n'est pas abordée

par le Dr J_____, lequel se borne à conclure que l'assuré n'est « à l'évidence pas déprimé » (expertise p. 59), sans expliquer sur quels éléments il se fonde.

Il mentionne un dosage de la duloxétine dont le résultat n'est pas donné ni analysé (expertise p. 59), de sorte qu'on ne sait pas s'il estime que le traitement est adéquat et justifié et si le recourant est compliant.

Le Dr J_____ relève – pour exclure toute limitation uniforme dans tous les domaines de la vie – que le recourant pratique notamment la natation, alors que le déroulement d'une journée-type mentionne qu'il s'agit non pas d'un loisir mais d'un traitement de physiothérapie (expertise pp. 53 et 60), étant rappelé que la Dre H_____ avait relevé en novembre 2020 l'absence de tous loisirs.

Enfin, le Dr J_____ souligne que le recourant a des relations proches, qu'il est capable de donner, de recevoir un soutien affectif significatif (expertise p. 60), qu'il a un réseau relationnel soutenant (expertise p. 61) et qu'il nourrit des relations amicales (expertise p. 63). Or, l'anamnèse mentionne que les sœurs de l'assuré vivent au Caire, que ses parents sont décédés (expertise p. 50), qu'il est divorcé, qu'il n'a aucune relation avec ses enfants, que ses autres épouses vivent en Allemagne et que ses multiples relations se sont étiolées au décours de son licenciement. Par ailleurs, le déroulement détaillé d'une journée ne fait mention d'aucun contact autre qu'avec l'aide-ménagère et les soignants physiothérapeute et psychothérapeute (expertise pp. 52-53). De surcroît, la Dre H_____ relevait, déjà en novembre 2020, que le recourant était plus isolé, sans activités sociales ou de loisirs. On peine dès lors à comprendre sur quel élément le Dr J_____ se fonde pour retenir une vie sociale du recourant agissant comme ressource, avec des relations proches, amicales, du soutien affectif significatif et un réseau relationnel soutenant. Même l'évocation (figurant cependant seulement dans le résumé de l'entretien rhumatologique) que le recourant reçoit beaucoup d'aide de la part de ses voisins ne se résume en réalité qu'à un voisin qui l'accompagne parfois en France pour faire des courses et pour aller au café. Par ailleurs, le Dr D_____ mentionnait, déjà en avril 2018, qu'au niveau social, le recourant décrivait principalement un voisin âgé avec lequel il gardait contact, les autres s'étant éloignés progressivement (expertise D_____ p. 6), voisin qui déclarait lui-même que le recourant n'avait quasiment pas de contact social (expertise D_____ p. 9).

Au demeurant, le rapport d'expertise du Dr J_____, non probant, doit être écarté.

4.1.2 Dans son arrêt du 28 octobre 2019, la chambre de céans a considéré que le recourant était, du point de vue psychique, totalement incapable de travailler de septembre 2016 à mars 2018, sur la base de l'avis de la Dre B_____. Dès le 1^{er} avril 2018, le recourant présentait une capacité de travail totale, fondée sur l'appréciation du Dr D_____.

La chambre de céans constate que le rapport circonstancié de la Dre H_____, du 16 novembre 2020, permet d'admettre, au degré de la vraisemblance

prépondérante, une aggravation de l'état de santé psychique du recourant dès septembre 2020. En effet, la Dre H_____ a expliqué que l'état psychique du recourant s'était péjoré depuis trois mois, avec l'apparition d'une thymie abaissée, d'une anhédonie, d'une asthénie, d'une importante perte de l'élan vital ayant nécessité une hospitalisation à la clinique de Montana du 28 septembre au 15 octobre 2020 où il avait bénéficié notamment d'un suivi psychothérapeutique centré sur son estime de soi ainsi que ses modèles relationnel et communicationnel, ce qui avait permis de diminuer son seuil d'anxiété, étant relevé qu'il consommait du cannabis à visée anxiolytique et antalgique (rapport de la clinique de Montana du 30 novembre 2020). L'aggravation de l'état de santé du recourant a été estimée par la Dre H_____ comme totalement incapacitante. L'absence de toute capacité de travail a été confirmée par la Dre H_____ dans un rapport du 1^{er} février 2023.

Au demeurant, les rapports de la psychiatre traitante, étayés et convaincants, peuvent être suivis et il convient de reconnaître au recourant une incapacité de travail totale, du point de vue psychique, dès le 1^{er} septembre 2020, à tout le moins jusqu'au 1^{er} avril 2023, date à laquelle l'intimé reconnaît une incapacité de travail totale du recourant pour motif somatique.

4.2 Du point de vue somatique, l'intimé se fonde sur le rapport d'expertise du Dr K_____. Il s'en écarte toutefois en estimant que, contrairement à l'avis de cet expert, il n'existe pas d'atteinte somatique lombaire durablement incapacitante depuis 2017, de sorte que le recourant est reconnu capable d'exercer son activité habituelle dès le 1^{er} avril 2018 (moment où l'état de santé psychique s'est amélioré), jusqu'au 30 septembre 2018. Dès le 1^{er} octobre 2018, le recourant est totalement incapable de travailler en raison d'une nouvelle atteinte (lombaire) et dès le 16 octobre 2019, le recourant est capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à un taux de 100%.

4.2.1 Le Dr K_____ mentionne, dans l'anamnèse, des douleurs au membre inférieur gauche du recourant dès 2012-2013, puis une chute d'un escabeau en 2017 sur la fesse droite avec installation de douleurs et une hernie discale L4-L5 vue à une IRM du 20 novembre 2018. Il semble retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis 2017, sur la base des déclarations du recourant concernant la survenance de douleurs au membre inférieur gauche dès 2012-2013, accentuées dès 2017. Toutefois, selon les pièces médicales au dossier, les premiers troubles somatiques cités par les médecins sont des problèmes dentaires, à l'épaule gauche (en août 2011), au poignet droit (en décembre 2013 ; rapport de la Dre B_____ du 17 août 2017 et expertise du Dr D_____ du 24 avril 2018). C'est le 12 septembre 2018 que le recourant signale à l'intimé de fortes douleurs limitant la marche à dix minutes en raison d'une sciatique à la jambe gauche (pièce intimé n° 46) et le 1^{er} octobre 2018 une radiographie de la colonne lombaire est pratiquée en raison d'une sciatique gauche persistante suivie

le 16 novembre 2018 d'une IRM de la colonne lombaire objectivant notamment une hernie discale L4-L5.

4.2.2 Au vu de ce qui précède et comme relevé par le SMR, une atteinte somatique lombaire n'est évoquée que depuis septembre 2018 (courrier du recourant à l'intimé du 12 septembre 2018) et objectivée dès octobre 2018. Aucun élément médical au dossier ne permet de retenir des limitations fonctionnelles dues à une atteinte lombaire dès 2017, de sorte qu'il convient de confirmer la conclusion de l'intimé quant à une capacité de travail, du point de vue somatique, nulle dans toute activité seulement dès le 1^{er} octobre 2018 et non pas dès 2017 et de 100% dans une activité adaptée, avec épargne du dos, dès le 16 octobre 2019, selon les conclusions du Dr K_____.

À cet égard, les chronicisations des douleurs relevées par la Dre I_____ ne permettent pas de nier une capacité de travail totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (soit, éviter de porter des charges de plus de 5kg de façon répétée, de monter et descendre les échafaudages, de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter les mouvements de torsion, de flexion et de rotation et alterner les positions assis/debout et éviter la marche sur des terrains accidentés), étant relevé que, pour la période postérieure à l'intervention chirurgicale du 8 août 2019, soit dès le 16 octobre 2019, les constatations et conclusions du Dr BRAKENI revêtent force probante et ne sont sérieusement mises en cause par aucun autre avis médical au dossier.

4.3 Au demeurant, la capacité de travail du recourant est nulle dès le 1^{er} septembre 2016 (atteinte psychiatrique) telle que jugée dans l'ATAS/990/2019 du 28 octobre 2019, totale dès le 1^{er} avril 2018, nulle dès le 1^{er} octobre 2018 (atteinte lombaire), totale, mais uniquement dans une activité adaptée, dès le 16 octobre 2019 et nulle dans toute activité dès le 1^{er} septembre 2020 (atteinte psychique puis dès le 1^{er} avril 2023 atteinte somatique).

4.4 Il convient de déterminer le degré d'invalidité du recourant, étant relevé que l'intimé lui a alloué une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 30 juin 2018, puis dès le 1^{er} juillet 2023.

4.4.1 Compte tenu d'une capacité de travail totale dans toute activité dès le 1^{er} avril 2018, le degré d'invalidité est nul de sorte que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2018.

4.4.2 L'incapacité de travail survenue le 1^{er} octobre 2018 est due, comme indiqué par l'intimé, à une nouvelle atteinte, soit l'atteinte lombaire, alors que l'incapacité de travail ayant donné droit à la rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2017 était due à une atteinte psychique.

Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait

l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi. Ainsi, lorsque les causes de l'invalidité sont matériellement différentes, il s'agit d'un nouveau cas d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2017 du 30 mai 2017 ; 9C_692/2018 du 19 décembre 2018).

En conséquence, vu le nouveau cas d'assurance du 1^{er} octobre 2018, le délai de carence d'un an a commencé à courir le 1^{er} octobre 2018 jusqu'au 30 septembre 2019. Or, à cette date, le recourant était encore totalement incapable de travailler (jusqu'au 15 octobre 2019), de sorte qu'il a droit dès le 1^{er} octobre 2019 à une rente entière d'invalidité, étant à cet égard relevé que même une incapacité de travail de courte durée (une journée) à l'échéance du délai d'attente y donne droit (ch. 2021 Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIAI) et RCC 1963, p. 131). Une capacité de travail de 100% étant exigible dès le 16 octobre 2019, le droit à la rente entière d'invalidité s'éteint le 31 janvier 2020 (art. 88a al. 1 RAI).

4.4.3 Dès le 1^{er} février 2020, il convient de calculer le degré d'invalidité du recourant, sur la base d'une exigibilité d'une activité adaptée à un taux de 100%.

À cet égard, le recourant n'a pas spécifiquement contesté le calcul de son degré d'invalidité établi par l'intimé le 28 mai 2024 et l'arrétant à 25,24%, soit 25% compte tenu, en 2019, d'une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée. Il semble uniquement requérir un taux d'abattement (qu'il qualifie de taux d'invalidité) supérieur à celui de 10% appliqué par l'intimé.

Le degré d'invalidité, calculé pour l'année 2019 par l'intimé, peut être repris tel quel pour l'année 2020 (dès le 1^{er} février 2020 précisément). S'agissant de l'abattement, aucun motif ne justifie qu'il soit supérieur à celui de 10% retenu par l'intimé. Cela dit, même si l'abattement maximal de 25% était appliqué, le taux d'invalidité qui en résulterait, de 37,7%, serait encore inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité. Enfin, même si le calcul opéré par le recourant était retenu, lequel aboutit à un degré d'invalidité de 39,2%, il ne permettrait pas, après arrondissement à un degré d'invalidité de 39% (ATF 130 V 121), l'ouverture du droit à une rente d'invalidité.

Partant, dès le 1^{er} février 2020, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité.

4.4.4 Dès le 1^{er} septembre 2020, le recourant présente une incapacité de travail totale pour motif psychique. Celle-ci ouvre à nouveau le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2020, étant relevé que l'invalidité totale, pour motif psychique, du recourant survient dans un délai inférieur à trois ans (art. 29bis RAI).

4.5 Au vu de ce qui précède, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 30 juin 2018, du 1^{er} octobre 2019 au 31 janvier 2020 et dès le 1^{er} septembre 2020.

5. Le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée dans le sens précité.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2017 au 30 juin 2018, du 1^{er} octobre 2019 au 31 janvier 2020 et dès le 1^{er} septembre 2020.
4. Alloue une indemnité au recourant de CHF 2'000.- à charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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