

GE_GERICHTE ATAS/318/2026 vom 14. April 2026

GE Cour de justice, 2026-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_318_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/318/2026 du 14 avril 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/318/2026 del 14 aprile 2026

Erwägungen

E. 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.

E. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2.1

Le 1er 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

A/2477/2025 - 12/22 - 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 1er 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).

E. 2.2

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 3

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 13 juin 2025, par laquelle l'intimé a accordé au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2025, ainsi que sur la demande de reformatio in pejus de l'intimé formulée dans son mémoire de réponse et consistant à octroyer au recourant une rente d'invalidité dès le 1er mai 2025.

E. 4

mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 4.1

Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

E. 4.2

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 4.3

L'art. 28 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes (al. 1) : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

A/2477/2025 - 13/22 - raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter n'ont pas été épuisées (al. 1bis). Selon l'art. 54a al. 3 LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels. Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1bis RAI). Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence

médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents (Office fédéral des assurances sociales [ci-après : OFAS], Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI], rapport explicatif [après la procédure de consultation] du 3 novembre 2021 [ci-après : rapport explicatif], ad art. 49 al. 1bis, p. 60).

A/2477/2025 - 14/22 -

E. 4.4

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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

E. 4.5

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.

E. 4.5.1

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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).

A/2477/2025 - 15/22 - Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence).

E. 4.5.2

Le fait qu'une expertise ait été réalisée sur mandat d'un assureur d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) ■ et donc pas selon la procédure de l'art. 44 LPGA ■, ne suffit pas à nier sa valeur probante lors de l'évaluation du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité. Toutefois, l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes. S'il existe des doutes, même minimes, quant à la fiabilité et à la cohérence d'une telle expertise, il convient de procéder à des clarifications complémentaires, comme cela est le cas pour les appréciations médicales internes à l'assurance. Une expertise « externe à la procédure » (« Fremdgutachten ») ne peut ainsi se voir d'emblée reconnaître la même valeur probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur selon l'art. 44 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_452/2023 du 24 janvier 2024 consid. 5.2.1 et les références).

E. 4.5.3

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 ; 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

E. 4.5.4

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

A/2477/2025 - 16/22 - n. 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 distincte. 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 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

E. 4.6

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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral

8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). De jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 148 V 21 consid. 5.3 et les références). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet A/2477/2025 - 17/22 - d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_294/2024 du 20 décembre 2024 consid. 5.1 et la référence).

E. 5

En l'espèce, l'intimé a conclu, dans son premier projet de décision du 26 février 2024, que le recourant n'était plus en mesure d'exercer son activité professionnelle habituelle de monteur d'échafaudages, mais qu'il conservait tout de même une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2023. Cette première appréciation était fondée sur le rapport du SMR du 4 janvier 2024 et sur le rapport d'expertise du Dr G_____ du 21 novembre 2023. À la suite d'une instruction complémentaire ayant révélé une atteinte psychiatrique, l'intimé a rendu un nouveau projet de décision le 18 février 2025, confirmé par la décision litigieuse, prévoyant l'octroi d'une rente entière dès le 1er mars 2025 en raison d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 13 mars 2024 (début du délai d'atteinte d'un an) correspondant à la date du premier entretien avec la Dre I_____, à savoir la psychiatre ayant fait état, pour la première fois, d'un épisode dépressif d'intensité moyenne. Dans le cadre de la présente procédure, l'intimé a cependant proposé une reformatio in pejus, en ce sens que le droit à la rente entière était né dès le 1er mai 2025, soit au terme du délai d'attente d'un an depuis le début de l'incapacité de travail totale retenue par le Dr K_____ dans son rapport du 19 juin 2024. Pour sa part, le recourant soutient qu'il est dans l'impossibilité totale de travailler, quelle que soit l'activité, depuis mars 2023, de sorte que le début du droit à la rente doit être retenu dès octobre 2024 en application de l'art. 29 al. 1 LAI. Le recourant conteste ainsi la capacité de travail résiduelle totale dans une activité adaptée retenue par le Dr G_____ dès le 3 novembre 2023. Selon le recourant, l'incapacité de travail totale dans toute activité était déjà intervenue en raison de son atteinte somatique dès mars 2023. Par conséquent, il convient, en premier lieu, d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr G_____ susvisée, sur laquelle se sont fondés le SMR et l'intimé pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois de novembre 2023, puis de la confronter aux autres éléments médicaux figurant au dossier, étant rappelé que le rapport du Dr G_____ susvisé constitue une expertise externe à la procédure dès lors qu'il a été réalisé sur mandat d'un assureur d'indemnités journalières selon la LCA et non pas selon la procédure de l'art. 44 LPGA.

E. 5.1

En l'occurrence, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr G_____ est particulièrement succinct et comporte un défaut de motivation. En premier lieu, la documentation mise à disposition de l'expert n'apparaît pas complète dès lors que les rapports du Dr F_____ des 11 avril et 7 juillet 2023,

A/2477/2025 - 18/22 - ainsi que ceux de la Dre E_____ des 29 mars et 21 avril 2023 ne figurent pas dans la liste des documents médicaux sur lesquels le Dr G_____ s'est fondé

pour établir son rapport d'expertise. Par ailleurs, si le Dr G _____ résume l'anamnèse médicale, personnelle et professionnelle du recourant (cf. expertise, p. 8-10), puis reprend la description du poste de travail et des « activités occupationnelles » de ce dernier durant l'incapacité de travail (cf. expertise, p. 11), il procède toutefois à une description sommaire de l'examen clinique (cf. expertise p. 11 et 12) et se limite à énoncer les deux diagnostics retenus comme incapacitants sans les motiver (cf. expertise, p. 13). Force est donc de constater que les points litigieux, à savoir, les douleurs qualifiées de chroniques par les médecins traitants et leur incidence sur la capacité de travail du recourant n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée par le Dr G _____, ce dernier n'ayant pas expliqué la raison pour laquelle il retenait une capacité de travail complète dans une activité adaptée avec un rendement complet alors même que les Drs F _____ et E _____ avaient retenu une incapacité de travail totale en raison de douleurs au niveau lombaire et des cervicales (cf. rapports du Dr F _____ du 7 juillet 2023 et de la Dre E _____ du 17 juillet 2023). En outre, s'agissant du traitement médicamenteux, tant le Dr G _____ que la Dre E _____ ont indiqué qu'un traitement par gabapentine avait été introduit progressivement. Or, selon le Dr J _____, un tel traitement associé à des douleurs chroniques pouvait entraîner des symptômes de type diminution de l'élan vital et un possible trouble de la concentration (cf. rapport du Dr J _____ du 18 mai 2024). Par ailleurs, selon le Dr H _____, il ressortait de l'anamnèse de la douleur en particulier que le recourant rapportait des lombosciatalgies à gauche et ressentait une énorme fatigue, ainsi que des douleurs plutôt généralisées depuis l'été 2023, l'ensemble de ces douleurs ayant un impact fort sur tous les domaines de la vie, le goût de vivre et le sommeil (cf. rapport du Dr H _____ du 4 mars 2024). Les éléments qui précèdent permettent de douter d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, dès le 3 novembre 2023, sur le plan somatique. Par conséquent, le rapport du Dr G _____ contient des conclusions insuffisamment motivées mises en doute par les conclusions médicales des autres médecins ayant examiné le recourant, étant relevé que les rapports établis postérieurement à la date de l'entretien d'expertise (3 novembre 2023) doivent être pris en considération dès lors qu'ils portent sur des faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (décision sur opposition du 13 juin 2025 ; ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

A/2477/2025 - 19/22 - Les doutes ainsi identifiés quant à la fiabilité des conclusions du rapport d'expertise du Dr G _____ conduisent à conclure à la nécessité de clarifications complémentaires sous la forme d'une expertise administrative au sens de l'art. 44 LPGA confiée à un spécialiste en chirurgie orthopédique, étant précisé que dans le cas d'expertise « externe à la procédure » comme celle du Dr G _____, son appréciation est soumise à des exigences strictes et, en cas de doute même minime, une instruction complémentaire doit être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_452/2023 du 24 janvier 2024 consid. 5.2.1 et les références). La chambre de céans relèvera pour le reste que si la Dre E _____, médecin généraliste et non rhumatologue, a évoqué une fibromyalgie dans son rapport du

E. 5.2

Sur le plan psychiatrique, l'intimé a retenu, dans la décision litigieuse, que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans toute activité dès le

E. 5.3

Dans ces circonstances, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan médical, soit pour la mise en œuvre d'une expertise administrative au sens de

l'art. 44 LPGA, laquelle devra être confiée à un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique en raison des atteintes somatiques (atteintes lombaires et cervicales) du recourant, afin de déterminer la capacité de travail du recourant, en particulier dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, entre le 20 mars 2023 et le 13 mars 2024. 6. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision querellée sera annulée en tant qu'elle refuse le droit à la rente avant le 1er mars 2025 et sera confirmée en tant qu'elle octroie une rente entière dès le 1er mars 2025. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire selon les considérants ci-dessus. 7. 7.1 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). 7.2 Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2477/2025 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 10

décembre 2023, aucun rapport médical figurant au dossier de la procédure ne retient ce diagnostic, ni ne fait état d'une prise en charge du recourant pour cette atteinte, et, dans son rapport du 30 septembre 2025, certes postérieur à la décision litigieuse, la Dre L_____, rhumatologue, retient le diagnostic de douleur chronique, mais pas celui de fibromyalgie. Au vu de ces éléments, l'intimé était fondé à ne pas instruire ce point, ce que le recourant ne lui reproche d'ailleurs pas, et il ne se justifie pas d'étendre l'instruction complémentaire à une expertise rhumatologique également.

E. 13

mars 2024, au motif que cette date correspondait au début de sa prise en charge psychiatrique et au début du délai d'attente d'un an, de sorte qu'il avait droit à une rente entière dès le 1er mars 2025. Dans son mémoire de réponse, l'intimé a cependant proposé une reformatio in pejus en retenant un début d'incapacité de travail totale dans toute activité dès le 1er mai 2024, correspondant aux conclusions du rapport du Dr K_____ du 18 mai 2024, la rente entière devant donc être octroyée dès le 1er mai 2025. Le recourant soutient en revanche que ses atteintes psychiques avaient déjà été évoquées par la Dre E_____ dans son rapport du 10 décembre 2023, par le Dr H_____ dans son rapport du 4 mars 2024 et par la Dre I_____ dans son rapport du 13 mars 2024, son incapacité de travail totale dans toute activité ayant été constante et sans interruption notable depuis mars 2023 (début du délai d'attente d'un an), de sorte que son droit à une rente d'invalidité entière était ouvert dès le mois d'octobre 2024 au sens de l'art. 29 LAI. Pour initialement retenir une incapacité de travail totale dès le 13 mars 2024, l'intimé s'est fondé sur l'avis du SMR du 15 août 2024, lequel a retenu, sur la base des rapports médicaux au dossier, une capacité de travail nulle en raison d'un épisode dépressif sévère, ceci à compter du 13 mars 2024, début de la prise en charge psychiatrique. Le début de l'incapacité totale de travailler dès le 13 mars 2024 a été confirmé par le SMR dans son avis du 21 mars 2025.

A/2477/2025 - 20/22 - Or, les éléments invoqués par le recourant n'établissent pas d'incapacité de travail pour les atteintes psychiques antérieure au 13 mars 2023. Ainsi, si dans son rapport du 10 décembre 2023, la Dre E_____ a effectivement mentionné que le recourant présentait plusieurs symptômes de dépression en « légère amélioration durant ces

derniers mois », il est rappelé que ce médecin traitant n'est pas une spécialiste en psychiatrie, mais en médecine interne générale et qu'elle s'est limitée à faire état de symptômes sans clairement poser de diagnostic psychiatrique ni expliquer leurs effets sur la capacité de travail du recourant, de sorte que son appréciation médicale ne permet pas d'établir une incapacité de travail totale sur le plan psychique dès le 10 décembre 2023. Quant aux conclusions contenues dans le rapport du 4 mars 2024 du Dr H_____, spécialiste en anesthésiologie et non pas en psychiatrie, elles ne permettent pas non plus d'établir une incapacité de travail sur le plan psychiatrique dès lors que ce médecin a certes mentionné des résultats de tests d'anxiété et de dépression, ainsi que des éléments thymiques, mais a en définitive uniquement proposé qu'une évaluation par un psychiatre soit effectuée afin de « mieux préciser la place de ces éléments et les moyens d'y faire face ». Reste à examiner si la proposition de reformatio in pejus est justifiée. Celle-ci repose sur l'avis du SMR du 12 août 2025, lequel retient un début d'incapacité de travail durable sur le plan psychiatrique au 1er mai 2024 « comme l'indique le Dr K_____, psychiatre traitant ». Il ressort en effet du rapport du Dr K_____ du 19 juin 2024 que le psychiatre traitant a retenu une incapacité de travail totale dès le début du mois de mai 2024, vraisemblablement en raison du début du suivi par ce médecin, le dossier dénotant que le recourant a entamé un suivi psychiatrique avec le Dr K_____ dès le 7 mai 2024. Néanmoins, dans cet avis, le SMR n'explique pas pourquoi il écarte ses précédents avis des 15 août 2024 et 21 mars 2025, lesquels faisaient remonter l'incapacité de travail au début du suivi psychiatrique. Or, le suivi psychiatrique par le Dr K_____ a été précédé d'un suivi court par la Dre I_____. C'est la Dre I_____ qui avait fait une « proposition de suivi court », puis d'une « réorientation vers un suivi privé », qui, à la lecture des « notes de suite » du Dr H_____ des 8 et 9 avril 2024, a consisté en une prise en charge du recourant par un psychiatre hispanophone, soit le Dr K_____. Le suivi court au Centre de la douleur avec la Dre I_____ a pris la forme de cinq séances d'approche psychiatrique et psychothérapeutique intégrée d'orientation TCC, conformément au rapport du Dr K_____, lesquelles se sont déroulées entre le 13 mars et le 7 mai 2024. Lors de la première consultation de ce suivi court le 13 mars 2024, un épisode dépressif d'intensité moyenne a été objectivé au moyen du test MADRS (Ndlr : échelle de dépression de Montgomery et Asberg ; score de 24/60) et un traitement par antidépresseur a été introduit, conformément au rapport du 13 mars 2024 de la Dre I_____. Dans son rapport du 19 juin 2024, le Dr K_____ a également relevé que la Duloxétine avait été introduite le 19 mars 2024, soit lors

A/2477/2025 - 21/22 - du « suivi court » effectué par la Dre I_____, et que la posologie avait ensuite été progressivement augmentée, la dernière augmentation étant intervenue le 25 avril 2024. Dans son rapport du 19 juin 2024, le Dr K_____ a en outre indiqué que, durant les derniers mois, les symptômes somatiques et psychiatriques n'avaient cessé de coexister en permanence. Au vu de ces éléments et au vu du fait que le SMR n'a pas expliqué dans son avis du 12 août 2025 pourquoi sa précédente conclusion devait être écartée, la proposition de reformatio in pejus formulée par l'intimé n'apparaît pas suffisamment motivée et la chambre de céans renoncera à la suivre, étant rappelé que la reformatio in pejus constitue une simple faculté donnée au juge (ATF 119 V 241 consid. 5).