

GE_GERICHTE ATAS/971/2025 vom 9. Dezember 2025

GE Cour de justice, 2025-12-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_971_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/971/2025 du 9 décembre 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/971/2025 del 9 dicembre 2025

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.

E. 1.3

Conformément à l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). L'art. 38 LPGA stipule que si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (al. 3). En l'occurrence, la décision querellée du 18 février 2025 a été notifiée au recourant le 21 février 2025. Le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le dimanche 23 mars 2025, de sorte que son terme a été reporté au lundi 24 mars 2025.

A/995/2025 - 14/32 - Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision attaquée, par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

E. 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 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. 3.1

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

E. 3.2

En l'occurrence, la demande de prestations ayant été déposée en janvier 2023, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt après l'entrée en vigueur des modifications précitées, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4

mai 2012 consid. 3.2.1). 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

A/995/2025 - 20/32 - 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).

E. 4.1

Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, l'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF

141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance

A/995/2025 - 16/32 - entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). À lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence).

E. 4.2

L'art. 44 LPGA, modifié au 1er janvier 2022, règle le recours par l'administration à une expertise médicale. Si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il peut ordonner notamment une expertise bidisciplinaire (al. 1 let. b). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA, et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2). Le Conseil fédéral édicte des critères pour l'admission des experts médicaux et des experts en neuropsychologie, pour les expertises visées à l'al. 1 (al. 7 let. b). Selon l'art. 7m de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), entrée en vigueur le 1er janvier 2022, les experts médicaux peuvent réaliser des expertises au sens de l'art. 44 al. 1 LPGA s'ils (al. 1) : disposent d'un titre postgrade au sens de l'art. 2 al. 1 let. b et c de l'ordonnance du 27 juin 2007 sur les professions médicales (OPMéd - RS 811.112.0 ; let. a) ; sont inscrits dans le registre visé à l'art. 51 al. 1 de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd - RS 811.11 ; let. b) ; possèdent une autorisation de pratiquer valable ou ont rempli leur obligation de s'annoncer, pour autant que l'art. 34 ou 35 LPMéd l'exige (let. c) ; et disposent d'au moins cinq ans d'expérience clinique. Les spécialistes en médecine interne générale, en psychiatrie et en psychothérapie, en neurologie, en rhumatologie, en orthopédie ou en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur doivent être titulaires d'une certification de l'association Médecine d'assurance suisse (Swiss Insurance Medicine, ci-après : SIM). Font exception les médecins-chefs et les chefs de service des hôpitaux universitaires (al. 2). Les experts en neuropsychologie doivent satisfaire aux exigences de l'art. 50b de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal - RS 832.102 ; al. 3). Avec le consentement de l'assuré, il peut être renoncé à certaines des exigences susvisées, pour autant que des raisons objectives le nécessitent (al. 4). Des personnes ne remplissant pas encore toutes les exigences peuvent établir des expertises dans le cadre de leur formation universitaire, postgrade et continue. L'expertise est effectuée sous la supervision

A/995/2025 - 17/32 - directe et personnelle des médecins spécialistes ou des neuropsychologues remplissant les conditions énoncées aux al. 1 à 3 (al. 5). La disposition transitoire de la modification du 3 novembre 2021 énonce par ailleurs que si une

certification SIM au sens de l'art. 7m al. 2 OPGA est requise, elle doit être obtenue dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification en cause, c'est-à-dire d'ici au 1er janvier 2027.

E. 4.2.1

L'art. 44 LPGA pose un certain nombre de principes relatifs à la mise en œuvre d'une expertise en matière d'assurances sociales. Cette disposition ne règle cependant pas de manière exhaustive le droit de l'expertise et le Tribunal fédéral a été amené à préciser sa portée (Jacques Olivier PIGUET, in Commentaire romand de la LPGA, 2018, n. 6 ad art. 44 LPGA).

E. 4.2.2

Il ressort de ces principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPGA, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté, que l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui est chargée par l'assurance-invalidité d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise. Ainsi, le nom de la tierce personne qui assiste l'expert en effectuant des analyses médicales (p. ex. une prise de sang) n'a pas à être communiqué. On ne saurait en revanche considérer comme un simple auxiliaire accomplissant une tâche secondaire le médecin qui est chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. L'activité intellectuelle déployée par le médecin dans ces situations peut en effet avoir une influence sur le résultat de l'expertise. Par exemple, la démarche consistant à établir le résumé du dossier médical implique une analyse comprenant déjà une certaine marge d'interprétation ; même si le résumé ne doit contenir que des extraits des pièces du dossier, il repose sur une sélection des dates, informations et données qui sont considérées comme déterminantes pour son auteur (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références). Dans les constellations mentionnées, les prescriptions de l'art. 44 LPGA sont applicables. Le nom du médecin auquel est confiée la tâche d'établir l'anamnèse de base ou le résumé du dossier ou celle de relire l'expertise afin d'en assurer la pertinence formelle doit être communiqué au préalable à l'assuré. Cette interprétation a été confirmée par les cours intéressées du Tribunal fédéral réunies dans une procédure selon l'art. 23 al. 2 LTF (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références citées). Le non-respect de cette exigence constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendu (ATF 146 V 9 consid. 4.3.2). Toutefois, le défaut formel dont est entachée la procédure d'expertise ne conduit pas à écarter d'emblée le rapport d'expertise : si les experts désignés ont accompli personnellement les tâches fondamentales d'expertise, le fait que l'assuré n'a pas

A/995/2025 - 18/32 - eu connaissance du nom des médecins auxiliaires, qui ne sont intervenus que de manière ponctuelle dans le cadre de l'expertise, ne constitue pas une violation si grave de ses droits de participation ou d'être entendu qu'elle ne serait pas susceptible de réparation. À cette fin, il convient de placer le recourant dans la situation dans laquelle il peut reconnaître s'il entend ou non soulever un motif de récusation à l'encontre du ou des médecins auxiliaires impliqués. Dans un tel cas de figure, la cause doit donc être renvoyée à l'office AI pour qu'il procède aux démarches nécessaires pour que le

nom du ou des médecins dont l'assistance a été requise soit communiqué au recourant et que celui-ci puisse se prononcer sur un éventuel motif de récusation. Il incombe ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité (ATF 146 V 9 consid. 4.4). Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que le nom du médecin auquel est confiée la tâche d'établir l'anamnèse de base ou le résumé du dossier ou celle de relire l'expertise afin d'en assurer la pertinence formelle doit être communiqué au préalable à l'assuré (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3). Cette jurisprudence ne dit pas que la synthèse d'un dossier médical ou la relecture d'un rapport d'expertise ne peuvent pas être effectuées par des membres du personnel non médical d'un centre d'expertises, mais que si un médecin se charge de telles tâches, son nom doit être communiqué à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_267/2023 du 17 novembre 2023 consid. 6.2.2 et 6.3.1).

E. 4.3

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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

A/995/2025 - 19/32 - 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. 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes

en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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. 4.3.1

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écartera pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

E. 4.3.2

Dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert. Dans ce contexte, une prétendue courte durée de l'entretien entre la personne assurée et le médecin ou la non-prise de contact de ce dernier avec un confrère ne permettent pas de dénier toute force probante à une expertise psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 7.1.2 et la référence). En établissant son rapport final et en le signant, l'expert se porte garant du rapport dans son intégralité, y compris de la synthèse du dossier, que celle-ci ait été effectuée par lui-même, par un autre médecin ou par un membre du personnel non médical d'un centre d'expertises. Ainsi, en l'absence de sérieux indices laissant penser que l'expert n'a pas exécuté son mandat dans les règles de l'art, on ne saurait nier la valeur probante de son expertise au seul motif qu'un secrétaire a procédé à la synthèse du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 8C_267/2023 du 17 novembre 2023 consid. 6.3.1).

E. 4.4

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les

A/995/2025 - 21/32 - plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 139 V 176 consid. 5.3). 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). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a in fine ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.3 et la référence).

E. 5

En l'espèce, l'intimé a considéré, sur la base des avis du SMR des 2 décembre 2024 et 18 février 2025, eux-mêmes fondés sur le rapport d'expertise du L_____, que le recourant disposait d'une entière capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques depuis le 15 avril 2023, sans baisse de rendement.

A/995/2025 - 22/32 - L'intéressé conteste cette appréciation et se réfère aux évaluations de ses médecins traitants. Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du L_____.

E. 5.1

Le recourant soutient que ledit rapport serait entaché de vices formels, en relevant l'absence de certification SIM de l'expert psychiatre et en se plaignant du fait que le résumé du dossier médical, ainsi que le contrôle et la relecture finale du rapport, auraient été effectués par la directrice associée du L_____. S'il est exact que le Dr I_____ ne figure pas sur le

site internet de la SIM

(<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/experts-certifies/recherche-de-experts-certifies-sim>, consulté le 1er décembre 2025), il est rappelé que les spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie ont jusqu'au 31 décembre 2026 pour obtenir la certification SIM. Jusqu'à cette date, ils peuvent continuer à effectuer des expertises médicales sans avoir suivi la formation SIM. Pour le reste, le Dr I_____ peut se prévaloir d'un titre de médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, décerné en France en 2005 selon les renseignements fournis par la Fédération des médecins suisses (ci-après : FMH pour Foederatio edicorum Helveticorum ; cf. <https://www.doctorfmh.ch/fr/details-result>).

Partant, bien qu'on puisse douter que ce médecin soit autorisé à s'intituler « Expert SIM » comme indiqué dans le rapport d'expertise, il n'en demeure pas moins qu'il dispose des qualifications et compétences requises pour exécuter le mandat confié au L_____. Les conjectures du recourant selon lesquelles les experts auraient uniquement pris connaissance du résumé des pièces au dossier (ch. 7.2 du rapport) ne reposent sur aucun élément objectif. D'ailleurs, dans l'« aperçu des sources utilisées » (ch. 1.3 du rapport), les experts ont déclaré s'être basés sur le dossier de l'intimé, précisant que les 360 pages avaient été « lues et résumées par les experts ». Aucun indice sérieux ne permet de remettre en cause ces affirmations. S'agissant des autres éléments relevés par le recourant, il sera observé que le dossier de l'intimé ne comporte pas seulement un rapport de la Dre G_____, puisque cette dernière a adressé à l'intimé deux documents portant sur l'état de santé de son patient, que l'utilisation sporadique du masculin pour désigner « le » psychiatre traitant ou « le Dr » ne permet en aucun cas de conclure que seul le résumé des pièces (ch. 7.2 du rapport) ou la synthèse (ch. 2.2 du rapport) aurait été lue, d'autant plus qu'il y est bien indiqué que le recourant est suivi par la « Dre G_____ ». Enfin, même si le résumé asséurologique avait été effectué par une tierce personne, singulièrement la directrice associée du L_____ comme l'allègue le recourant, cela ne suffirait pas à nier la valeur probante de l'expertise conformément à la jurisprudence fédérale. En définitive, aucun indice sérieux ne laisse penser que les experts auraient négligé de prendre connaissance du contenu de toutes les pièces médicales soumises à leur appréciation.

A/995/2025 - 23/32 - Partant, les griefs de nature formelle relevés par le recourant ne justifient pas de nier toute valeur probante au rapport d'expertise.

E. 5.2

Au niveau psychiatrique, le Dr I_____ a estimé qu'il n'y avait pas d'argument objectif en faveur d'un quelconque trouble, actuel ou passé, de sorte qu'il n'a retenu aucun diagnostic. Il s'est basé sur les déclarations de l'expertisé, qui avait considéré que la douleur avait un impact défavorable sur sa capacité de travail, mais que son état psychologique n'entraînait pas de limitation. Il a également relevé des incohérences, en particulier entre les troubles du sommeil qui étaient considérés comme très importants et fréquents, et l'absence d'un quelconque signe de fatigue ou de fatigabilité constaté au jour de l'examen, ainsi qu'une incohérence entre l'efficacité très importante de la Quétiapine décrite par l'intéressé et la description de la persistance d'un trouble majeur du sommeil. Il a noté que la description de la journée type concordait avec l'absence de limitation d'ordre psychiatrique. Le taux de Quétiapine dans le sang correspondait à la dose prescrite, mais les analyses biologiques concernant la Vortioxétine ne permettaient pas de confirmer une adhésion régulière, mais qu'un métabolisme rapide ne pouvait pas non plus être exclu. Au vu de certaines incohérences, il s'était fondé de manière prépondérante sur les constatations et les données

objectives pour conserver une « bonne plausibilité » à ses conclusions (cf. rapport p. 9). La chambre de céans s'étonne d'emblée que l'expert ait pu nier l'existence de toute atteinte psychique, même passée, alors qu'il est avéré que le recourant bénéficiait, au jour de l'examen, d'un suivi médicamenteux et thérapeutique depuis environ quinze mois. Que l'intéressé puisse considérer que son état psychique n'entraînait aucune limitation ne permet à l'évidence pas d'exclure les troubles diagnostiqués et confirmés par plusieurs médecins psychiatres, consultés sur le long terme. S'agissant des incohérences mentionnées, elles portent essentiellement sur les troubles du sommeil, que les experts n'ont pas cherchés à investiguer au moyen de questions ciblées ou d'examens complémentaires. On déduit des conclusions du Dr I_____ que ce dernier a remis en cause les plaintes du recourant en raison des propriétés sédatives marquées de la Quétiapine. Cependant, sans description comparative entre les troubles décrits avant et après l'introduction de cette substance, une telle analyse n'emporte pas conviction. L'expert psychiatre n'a en outre pas discuté des éventuelles répercussions du traitement suivi sur les différents diagnostics retenus par ses confrères, ni sur l'anamnèse psychiatrique, ni sur les plaintes (hormis concernant les troubles du sommeil), ni sur ses constats objectifs, alors que le recourant a clairement rapporté des effets bénéfiques de l'une des substances prises quotidiennement. Concernant le déroulement détaillé d'une journée-type, le recourant a déclaré qu'il effectuait, durant la matinée, quelques tâches ménagères, des exercices de

A/995/2025 - 24/32 - physiothérapie ou qu'il courait 10 à 15 minutes sur son tapis électrique lorsqu'il se sentait bien. Il prenait l'équivalent de son petit déjeuner vers midi et ne faisait pas grand-chose l'après-midi, mis à part regarder son ordinateur, des séries ou s'allonger. Sa compagne rentrait en fin de journée. S'il se sentait bien, il pouvait cuisiner des repas simples, comme griller un steak ou cuire du riz. Le couple prenait le repas du soir puis regardait la télévision. Il échangeait des messages chaque jour avec ses amis et s'occupait de ses deux chats. Le weekend était dédié aux courses et le couple était rarement invité, une fois tous les deux mois. Ses seuls hobbies étaient des sorties à moto d'une vingtaine de minutes au maximum, dont la fréquence n'a pas été précisée, et des jeux vidéo. Le couple effectuait ensemble les commissions, mais c'était plutôt sa compagne qui cuisinait et qui effectuait les tâches ménagères. À titre de facteurs de surcharges, il a été observé que l'intéressé n'assurait que peu de gestes de la vie quotidienne. Compte tenu du peu d'activités régulières, de la faible participation aux tâches ménagères et de l'absence de sortie quotidienne, il est étonnant que le Dr I_____ ait pu considérer que la journée-type concordait avec l'absence de limitation psychiatrique. Il est également surprenant que cet expert ait pu retenir, s'agissant des ressources, que le mode de vie actuelle était autonome, que les activités spontanées étaient relativement diversifiées malgré la plainte douloureuse, que certaines lui apportaient du plaisir et qu'il maintenait un « niveau d'activité » au quotidien malgré la plainte douloureuse. Il ressort en effet des déclarations de l'intéressé que la plupart des tâches ménagères sont effectuées par sa compagne, quand bien même il ne travaille pas et est à leur domicile toute la journée, et que ses seules sorties consistent à faire des commissions le weekend et de très brèves sorties à moto. Enfin, si les analyses biologiques n'ont pas permis de confirmer la prise régulière de Vortioxétine, l'expert n'a pas écarté l'adhésion au traitement médicamenteux, évoquant la potentielle influence du métabolisme sur les résultats. Cet élément n'est donc pas pertinent.

E. 5.2.1

S'agissant en particulier du TDAH, le Dr I_____ a indiqué qu'au niveau cognitif, l'intéressé présentait une orientation normale dans les quatre modes, que l'attention et la concentration avaient été jugées normales au cours de son examen, qu'aucun trouble n'avait été détecté dans les mémoires de travail (à court terme), sémantique (pas de difficulté à trouver ses mots), épisodique (souvenirs conscients à long terme), procédurale (automatisme) ou perceptive (associée aux perceptions sensorielles). Des tests neuropsychologiques avaient été réalisés en complément de l'expertise, dont les résultats étaient dans la norme, y compris pour l'attention soutenue évaluée après plus de 2h30 de tests. Du fait de l'échec à deux tests de validité de symptômes, les plaintes de l'intéressé étaient à interpréter avec prudence, y compris concernant d'éventuels symptômes de déficit de l'attention, que ce soit à l'âge adulte ou pendant l'enfance. La neuropsychologue avait par ailleurs rappelé que le diagnostic de TDAH avait été posé en 2023 sur la

A/995/2025 - 25/32 - base d'un entretien et de questionnaires de dépistage auto évaluatifs subjectifs, sans hétéro-anamnèse ni éléments objectifs concernant l'enfance de l'assuré, notamment des agendas ou des bulletins scolaires, avec des tests objectifs. La chambre de céans relève que cette argumentation, bien que motivée et cohérente, est en contradiction totale avec les éléments du dossier, de sorte qu'elle ne peut qu'apparaître comme étant discutable. Tout d'abord, il sied de rappeler que le recourant a fait l'objet d'une évaluation spécifique pour le TDAH, à la demande du Dr C_____ qui avait suspecté un tel trouble à l'issue du programme multidisciplinaire du 6 février au 6 avril 2023, durant lequel le patient avait participé à des séances de psychothérapie. Des difficultés de concentration, une agitation interne et une labilité émotionnelle avaient alors été relevées (cf. rapports du 6 avril 2023 du Dr C_____ et du 16 mai 2023 d'O_____). Le bilan a été réalisé au cabinet O_____, dont la spécialité est le traitement du TDAH, par le Dr E_____, spécialiste en psychiatrie dont l'activité clinique principale est l'évaluation et le suivi d'adultes souffrant d'un TDAH, et par F_____, psychologue-psychothérapeute au bénéfice d'une formation clinique dans les modèles systémique et psychodynamique, dont l'activité principale est le suivi psychothérapeutique d'adultes souffrant de TDAH (cf.

<https://www.upsychotherapies.ch>). Le rapport du 16 mai 2023 contient une anamnèse détaillée, les antécédents médicaux, les plaintes du recourant et les résultats de nombreux tests (ASRS, WURS, Amen, Conners CPT3, Conners CATA, DIVA 5.0, BDI-II, Inventaire de Spielberger), qui ont été discutés, tout comme les questionnaires de personnalité et de personnalité borderline. Contrairement à ce que suggère le rapport d'expertise, l'ensemble de ces questionnaires n'étaient pas des auto-évaluations subjectives. Ainsi, le questionnaire « Amen » a été complété par la compagne de l'expertisé, le « Conners CPT3 » est une tâche informatisée avec une modalité de traitement visuelle, le « Conners CATA » est un traitement d'informations auditives (cf. rapport du 16 mai 2023 d'O_____). Les conclusions de ce bilan reposent sur l'entretien semi-structuré pour le diagnostic adulte, des auto-questionnaires, l'anamnèse et l'évaluation clinique des tests. C'est dire que ces spécialistes du TDAH ont mené des investigations approfondies et réalisé les examens qu'ils jugeaient pertinents et nécessaires pour se prononcer sur la demande d'évaluation. En outre, l'appréciation d'O_____ a été admise par le Dr C_____ (cf. rapport du 18 mai 2023) et le Dr D_____ (cf. rapport du 18 mai 2023), médecins fréquemment consultés par le recourant. Elle a également été partagée par la Dre G_____ qui a constaté, lors de son premier rendez-vous avec le recourant le 16 août 2023, que l'attention et la concentration de celui-ci diminuaient au fur et à mesure de son entretien. Elle a relaté une amélioration de l'attention à la suite de l'introduction de Ritaline en janvier 2024, ajoutant qu'il pouvait

suivre une conversation, rester à l'écoute, ne pas avoir l'esprit ailleurs et que les oublis A/995/2025 - 26/32 - avaient diminué, qu'il avait pu lire quelques pages d'un livre. Elle a longuement expliqué les raisons pour lesquelles elle estimait que le patient présentait les symptômes d'un TDAH combiné, notant notamment qu'il lui était difficile de maintenir l'attention pendant une conversation, de se concentrer lors de cours ou de formation, lorsqu'on lui donnait des explications ou des consignes. Il peinait également à terminer les tâches s'il était interrompu, à suivre les consignes, notamment dans le cadre scolaire ou professionnel, et devait déployer de gros efforts pour focaliser son attention. Elle a précisé que lors de ses entretiens, elle devait souvent recentrer l'échange sur un sujet unique car il était distrait et se dispersait dans son récit. Il oubliait de lui demander ou d'envoyer ses arrêts de travail pour l'assurance perte de gain, alors qu'il était très soucieux de sa situation socio-économique, de payer ses factures, de faire les achats prévus pendant ses courses, des rendez-vous ou appels importants. Il était encore plus anxieux lorsqu'il se rendait compte de ses oublis, et il essayait de mettre en place des stratégies. Il était en colère lorsque sa compagne le sollicitait alors qu'il devait se concentrer (cf. rapport du 6 septembre 2024). La psychiatre traitante a donc fait état de constats objectifs, qu'elle a par ailleurs illustrés de plusieurs exemples. Il convient également de remarquer que le diagnostic de TDAH a fait l'objet d'un traitement spécifique et ciblé, comme préconisé par O_____. Il est rappelé à cet égard que le Dr E_____ et F_____ avaient considéré, sur le plan thérapeutique, qu'une psychothérapie pourrait être bénéfique pour le patient afin de stabiliser son anxiété, avant de travailler les difficultés en lien avec le TDAH dans un second temps. Sur le plan médical, l'intéressé pourrait bénéficier d'un traitement stimulant de type méthylphénidate longue durée d'action pour soutenir ses capacités attentionnelles et exécutives, ainsi que pour canaliser son hyperactivité- impulsivité, étant relevé toutefois que ces traitements stimulants étaient parfois mal supportés par les personnes anxieuses. Il convenait ainsi de commencer par des petits dosages pour évaluer s'il supportait bien le traitement sur le plan de l'anxiété. Dans le cas contraire, il pourrait bénéficier d'un traitement antidépresseur SSRI (pour Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, ou ISRS pour inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) pour traiter son anxiété (cf. rapport du 16 mai 2023 d'O_____). Le médecin traitant du recourant lui a ainsi prescrit de l'escitalopram, soit un antidépresseur ISRS indiqué notamment en cas de trouble anxieux généralisé (cf. <https://compendium.ch/fr/product>), et des somnifères, en attendant la prise en charge psychiatrique, qui a débuté avec la première rencontre de la psychiatre traitante le 16 août 2023 (cf. rapport du 6 septembre 2024 de la Dre G_____). Par la suite, le recourant a pu intégrer le programme TRE des HUG en raison de son TDAH, avec un suivi régulier par le Dr K_____ et l'introduction de Ritaline en janvier 2024, ce qui a permis une amélioration de la symptomatologie (cf. rapport du 6 septembre 2024 de la Dre G_____).

A/995/2025 - 27/32 - C'est encore le lieu de souligner que les experts n'ont pas du tout expliqué si les résultats aux différents tests qu'ils ont jugés comme étant dans la norme pouvaient avoir été influencés par la mise en place dudit traitement, médicamenteux et psychothérapeutique. Compte tenu de ces éléments, l'expert ne pouvait pas écarter l'existence d'un TDAH, sans même mentionner un diagnostic différentiel.

E. 5.2.2

Quant aux autres atteintes retenues par la Dre G_____, en particulier le trouble de la personnalité mixte, le trouble dépressif récurrent, le trouble anxieux généralisé et le trouble somatoforme douloureux (cf. rapport du

E. 5.2.3

Dans ces circonstances, la chambre céans ne peut que constater que les conclusions du Dr I_____, lequel n'a même pas pris la peine de s'entretenir avec la psychiatre traitante, ne sont pas convaincantes.

E. 5.3

De surcroît, dans le cadre de l'exercice de son droit d'être entendu, le recourant a produit des rapports complémentaires confortant les conclusions retenues par F_____, le Dr E_____ et la Dre G_____.

E. 5.3.1

Ainsi, le Dr K_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, des phobies sociales, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif et une perturbation de l'activité et de l'attention. Il a constaté une péjoration de l'humeur au cours des dernières semaines et considéré que le patient remplissait désormais les critères pour un état dépressif sévère, ce qui était conforté par le questionnaire de dépression de Beck. Le patient n'avait pas répondu ou avait mal toléré plusieurs antidépresseurs par le passé, et un certain temps serait nécessaire pour adapter le traitement. Sur le plan anxieux, l'intéressé rapportait une très grande peur des interactions sociales, avec notamment des symptômes végétatifs, et une

A/995/2025 - 28/32 - symptomatologie d'anxiété plus généralisée qui tournait autour des douleurs. Les ruminations anxieuses étaient très envahissantes dès qu'il sortait de chez lui. En outre, le recourant présentait une symptomatologie TDAH dont le versant hyperactif avec l'impulsivité était le plus gênant, particulièrement dans les relations interpersonnelles. Cette symptomatologie était partiellement contrôlée par le traitement psychostimulant. Le diagnostic de trouble borderline avait été confirmé le 28 janvier 2025 et le sommeil était marqué par des réveils nocturnes avec des cauchemars. Les douleurs chroniques en accentuation, la situation sociale précaire et une relation tendue avec sa compagne participaient à exacerber l'épisode dépressif. Le niveau d'angoisse de l'intéressé, s'il devait se confronter à la nécessité de devoir se rendre sur un lieu de travail ne serait pas gérable. D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail était nulle en raison de l'état dépressif surajouté au trouble anxieux, au trouble de la personnalité et au TDAH. Le recourant devrait bénéficier d'une reprise progressive du travail, d'abord à faible pourcentage dans un milieu protégé ou adapté avec peu d'interactions sociales ou dans un climat bienveillant, parallèlement au traitement de l'épisode dépressif, puis d'une reprise sur le marché du travail à 50% quand l'épisode dépressif serait résolu et qu'il aurait pu reprendre confiance en ses capacités et aurait fait un travail sur sa gestion des émotions et des relations interpersonnelles, travail qu'il était en train de suivre. Par la suite, la capacité de travail serait à réévaluer et se situerait vraisemblablement entre 50% et 80%. Le patient avait le souhait et l'espoir de pouvoir reprendre un travail à 100% dans l'économie mais cela n'était pas possible actuellement d'un point de vue psychiatrique (cf. rapport du 30 janvier 2025). La chambre de céans observe que ce rapport repose sur les observations cliniques du médecin psychiatre et a été rendu en pleine connaissance du dossier du recourant. Les diagnostics, les plaintes, les limitations fonctionnelles, le traitement et les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail ont fait l'objet d'une analyse fouillée. Le psychiatre traitant a livré des conclusions motivées et cohérentes, de sorte que son rapport répond aux exigences en matière de valeur probante. Les symptômes décrits en

janvier 2025 divergent de ceux rapportés par le recourant dans le cadre de l'expertise. À titre d'exemples, le Dr K_____ a signalé une humeur maussade la plupart du temps, l'absence de tout plaisir, une aboulie, une estime de soi extrêmement faible, un fort sentiment de culpabilité, des idées suicidaires scénarisées, une asthénie manifeste, alors que le Dr I_____ a rapporté que l'intéressé avait évoqué de l'intérêt et du plaisir conservé dans différentes activités, il n'évoquait pas d'idées de culpabilité, l'attitude face à l'avenir n'était ni morose ni pessimiste, il ne rapportait pas d'idéations suicidaires, ne décrivait pas de fatigue ou de fatigabilité, l'estime de soi était conservée. La symptomatologie relatée par le Dr K_____ ne correspond pas non plus exactement à celle relayée en automne 2024 par la Dre G_____, puisque cette

A/995/2025 - 29/32 - dernière avait notamment constaté qu'il n'y avait pas d'anhédonie complète, ni d'idées suicidaires. Si elle avait alors diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel « modéré à sévère » sans symptômes psychotiques (F33.1 - F33.2), le Dr K_____ a constaté une péjoration de l'état de santé avec une symptomatologie dépressive « sévère », justifiant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2).

E. 5.3.2

Compte tenu de la dégradation de l'état psychique attestée par le Dr K_____ et de la confirmation, à la suite d'un examen ciblé, du diagnostic de trouble borderline qui n'avait été jusqu'alors que suspecté, le SMR ne pouvait pas conclure qu'il s'agissait d'une simple évaluation différente d'un même état clinique. Il aurait dû constater, à la lecture de ce document, que des mesures d'instructions complémentaires s'imposaient.

E. 5.4

Enfin, les pièces produites par le recourant dans le cadre de la présente procédure, lesquelles peuvent être prises en considération dès lors qu'elles portent sur sa situation médicale telle qu'elle prévalait avant le prononcé de la décision litigieuse, viennent également contredire les conclusions de l'expert psychiatre.

E. 5.4.1

Il ressort en effet de ces documents que le Dr K_____ a retenu le diagnostic de trouble hyperkinétique de l'attention avec hyperactivité et exposé que son patient avait participé au module sur la régulation des émotions, au terme duquel il avait été conclu que la problématique principale était liée au trouble de personnalité borderline et à la sensibilité émotionnelle. Le suivi psychothérapeutique spécialisé dans l'unité avait dû être interrompu au mois d'avril 2025 en raison de la symptomatologie dépressive et de l'importante anxiété, étant encore précisé qu'un séjour en milieu hospitalier avait été décidé en raison de l'anxiété envahissante (cf. rapport établi au mois de juin 2025). Pour sa part, le Prof. M_____ a diagnostiqué un trouble modéré de la personnalité mixte (traits émotionnellement labiles type borderline et narcissiques), une dysthymie et un trouble à symptomatologie somatique. Il a exposé les raisons pour lesquelles il écartait les diagnostics de TDAH mixte, à tout le moins à l'âge adulte, et de TSA, et concluait qu'un trouble de la personnalité avec des éléments borderline francs et des éléments narcissiques étaient au premier plan. Il a précisé que les perturbations cognitives observées pouvaient être explicables par le trouble de la personnalité. L'invalidité « nette » que cette pathologie impliquait devait être évaluée et l'impact sur le quotidien du trouble à symptomatologie somatique (ex : syndrome somatoforme douloureux) restait à approfondir (cf. rapport du 7

juillet 2025). L'avis du 22 juillet 2025 du Dr J_____, lequel a soutenu que le status clinique objectif décrit par le Dr K_____ était peu altéré et évoquait tout au plus une dysthymie non incapacitante, ne reflète en aucun cas l'appréciation de ce médecin, qui a constaté que le recourant n'était pas apte à poursuivre le suivi spécialisé pour des raisons psychiques et qui a préconisé un séjour hospitalier. L'aggravation

A/995/2025 - 30/32 - de l'état de santé n'est pas postérieure et réactionnelle à la décision attaquée, étant rappelé la teneur du rapport du 30 janvier 2025 de ce psychiatre. De même, l'avis du SMR, qui a estimé que le rapport d'évaluation neuropsychologique faisait uniquement état d'atteintes modérées voire légères sans apporter d'éléments objectifs nouveaux, s'écarte de l'avis du Prof. M_____, selon lequel les répercussions du diagnostic sur le quotidien de l'intéressé et donc sur sa capacité de travail, devaient encore être évaluées.

E. 5.4.2

Eu égard à tout ce qui précède, aucune valeur probante ne saurait être attribuée au rapport d'expertise du L_____, à tout le moins concernant son volet psychiatrique. Les pièces produites par le recourant dans le cadre de la procédure d'audition auraient dû conduire le SMR à reprendre l'instruction médicale. Il est rappelé que dans son rapport du 30 janvier 2025, très détaillé et bien motivé, le Dr K_____ a signalé une aggravation de l'état de santé psychique du recourant et confirmé l'existence du diagnostic de trouble borderline, qui n'avait été précédemment que suspecté. En outre, dans ses rapports des 24 janvier et 13 février 2025, le Dr C_____ a relaté la persistance des problèmes psychiatriques. Certes, ce médecin n'est pas psychiatre. Mais il a exposé que les répercussions fonctionnelles de l'interaction entre la problématique rhumatologique et la problématique psychiatrique avaient été observées par tous les thérapeutes, y compris par le médecin adjoint en psychiatrie de liaison et spécialiste de la douleur chronique, pendant les deux mois du programme. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait pas se contenter du bref avis du 18 février 2025 du Dr J_____ pour écarter les conclusions concordantes des médecins qui suivent le recourant. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise répondant aux réquisits jurisprudentiels. Compte tenu des interférences entre les troubles somatiques et psychiques, une évaluation bidisciplinaire recensant toutes les atteintes à la santé pertinentes est nécessaire afin de pouvoir procéder à une évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant. À l'issue de cette instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits du recourant à d'éventuelles mesures de réadaptation et à une rente d'invalidité.

E. 6

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 18 février 2025 annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/995/2025 - 31/32 - 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).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.