

GE_GERICHTE A/920/2025 vom 17. November 2025

GE Cour de justice, 2025-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_920_2025

FR: GE_GERICHTE A/920/2025 du 17 novembre 2025

IT: GE_GERICHTE A/920/2025 del 17 novembre 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

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

Le recours porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

E. 3

Il convient en premier lieu d'examiner le grief du recourant quant au défaut de motivation allégué de la décision. Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par les art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale (Cst. – RS 101) implique notamment, pour l'autorité, l'obligation de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et afin que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté, même si la motivation présentée est erronée (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1331/2021 du 11 octobre 2022 consid. 1.1). En l'espèce, le recourant a eu accès au dossier et pris connaissance de l'expertise et de l'avis du SMR. Il est ainsi en mesure de comprendre sur quelles bases et en fonction de quels diagnostics l'intimé a rendu la décision querellée. Les éléments du calcul du degré d'invalidité lui ont également été communiqués. Par conséquent, son grief quant au défaut de motivation tombe à faux.

E. 4

La LAI a connu une nouvelle le 19 juin 2020, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Dans ce cadre, le système des quarts de rente jusque-là applicable a été remplacé par un système linéaire de rentes (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'assurance-invalidité], FF 2017 2442). L'art. 28b LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'al. 4 détaille les taux de rente correspondant aux degrés d'invalidité entre 40% et 50%. Selon la jurisprudence, lorsque la décision dont est recours a été rendue après le 1^{er} janvier 2022, il

y a lieu conformément aux principes de droit intertemporel généralement applicables (cf. sur ce point ATF 144 V 210 consid. 4.3.1) de déterminer en vertu du droit applicable jusqu'au 31 décembre 2021 si un droit à la rente est né avant cette date. Lorsque le droit à la rente est né après cette date, le nouveau droit est applicable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2). En l'espèce, dès lors que l'éventuel droit à la rente naîtrait au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit en juillet 2022, le nouveau droit est applicable.

E. 5

Selon l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

E. 5.1

L'art. 14a LAI précise que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures ciblées ci-après qui visent la réadaptation professionnelle : les mesures socioprofessionnelles (let. a) ; et les mesures d'occupation (let. b) (al. 2).

E. 5.2

L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

E. 5.3

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_308/2021 du 7 mars 2021 consid. 7.3 et les références).

E. 5.4

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de

réadaptation doivent être octroyées à 20% (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_128/2022 du 15 décembre 2022 consid. 7.3).

E. 6

L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

E. 6.1

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte à la santé. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_7/2025 du 25 septembre 2025 consid. 4.2). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 3.2 et les références).

E. 6.2

Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Selon la jurisprudence, il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3). On soulignera que l'art. a26 bis al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, avait la teneur suivante : si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1 bis, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Le Tribunal fédéral a jugé que cette disposition n'interdisait pas de concéder un abattement allant au-delà de cette réduction forfaitaire réglementaire de 10% en fonction des critères dégagés par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 10.6). Aux termes de l'art. 26 bis al. 3 RAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2024, une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique fixé en fonction des ESS à titre de revenu d'invalide. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne

peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1 bis de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible. Selon le rapport explicatif du 18 octobre 2023 relatif à la modification du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) « Mise en œuvre de la motion 22.3377 de la CSSS-N - Utiliser des barèmes de salaires correspondant à l'invalidité dans le calcul du taux d'invalidité », la déduction forfaitaire de 10% ou 20% prévue au nouvel art. 26 bis al. 3 RAI tient compte de tous les facteurs qui ont pour conséquence que les personnes en situation de handicap gagnent moins que celles qui sont en bonne santé. Il n'y a donc pas lieu d'effectuer d'autres déductions.

E. 7

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

E. 7.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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 convient 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 125 V 351 consid. 3a).

E. 7.2

S'agissant de la valeur probante des rapports médicaux, selon la jurisprudence, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, 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 de celle exprimée par les experts. 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'expertise (arrêts du Tribunal fédéral 8C_520/2023 du 28 février 2024

consid. 3.2 et 8C_691/2022 du 23 juin 2023 consid. 3.3).

E. 8

Dans un arrêt de principe concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).
2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).
3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que

facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

E. 9

En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision sur l'expertise du CEMEDEX. Celle-ci appelle les commentaires suivants.

E. 9.1

Sur le plan psychiatrique, si le rapport du Dr J_____ comprend tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence à la reconnaissance du caractère probant d'une expertise, puisqu'il contient une anamnèse, un résumé du dossier, relate les plaintes du recourant et les constatations cliniques, on note certains passages difficilement intelligibles. On peut

notamment citer « l'exaltation du mur » mentionnée en p. 10, la phrase figurant sous le chapitre Description du dernier poste de travail en p. 8 « il devait se faire opérer. Sans chronique des loges, mais le chirurgien lui a dit qu'il n'y avait pas de scène, chronique des loges » et en p. 10 l'indication en lien avec les diagnostics « Nous n'avons pas pu évaluer l'addiction selon la classification DSM5, car cette personne admise et consommée de l'alcool ». Si des coquilles ou même des phrases tronquées dans un rapport ne font pas nécessairement obstacle à la reconnaissance de son caractère probant, les passages précités suscitent néanmoins certains doutes quant au soin amené à l'établissement du rapport, que le Dr J_____ ne paraît pas avoir relu avec la diligence qu'on peut attendre d'un expert. De plus, sur le fond, ce rapport n'est pas totalement convaincant, notamment quant à l'analyse des incohérences. En premier lieu, l'expert psychiatre rapporte dans ce cadre que le recourant se sent extrêmement fatigué et a abandonné ses activités sportives, alors qu'il ne présentait pas de douleurs lors de l'entretien. Or, on peut difficilement comparer les exigences physiques d'efforts sportifs à celles d'un entretien avec un médecin. Le Dr J_____ soutient par ailleurs que le recourant peut accomplir la plupart de ses tâches quotidiennes – alors même que la description d'une journée-type montre que les corvées ménagères lui prennent un temps certain. Cette assertion contraste du reste avec la fatigue et la diminution des performances que le Dr J_____ semble admettre en lien avec la neurasthénie. De plus, l'expert note dans le cadre de l'examen de la cohérence que l'assuré ne refuse pas les traitements, mais retient un refus inconscient de l'efficacité du traitement, concluant ainsi à une résistance aux traitements favorisée par cette atteinte. À défaut d'explications scientifiques plus complètes à ce sujet, on peine à comprendre cette analyse, en tant qu'elle semble suggérer qu'un patient serait à même de bloquer par un processus de pensée subconscient les mécanismes physiologiques d'un traitement médicamenteux. Par ailleurs, on ne saurait retenir d'incohérence au sens de la jurisprudence si une maladie est à l'origine de l'inefficacité du traitement. Pour le surplus, on s'étonne que le Dr J_____ ne retienne pas de troubles du sommeil, alors que le recourant se couche en fin d'après-midi pour se relever vers 8 heures. Par ailleurs, l'expertise psychiatrique est peu détaillée en ce qui concerne les indicateurs jurisprudentiels, en particulier s'agissant des ressources, que l'expert présente sous forme de tableau sans se prononcer sur les facultés du recourant à les exploiter dans le cadre de son atteinte à la santé. Il ne discute enfin guère la baisse des activités du recourant depuis l'apparition des troubles dont celui-ci se plaint. La question de la valeur probante de l'expertise du Dr J_____ peut cependant rester ouverte, dès lors que les Drs L_____ et K_____ ont mentionné une aggravation de l'état de santé sur ce plan en novembre 2024, entraînant dès cette date une capacité de travail de 50%, et le médecin de la clinique N_____ a quant à lui mentionné un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne. Il est vrai que ni la brève attestation des Drs L_____ et K_____, ni la lettre de sortie de cette clinique ne remplissent les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une entière valeur probante. Cela étant, cela ne suffit pas à écarter purement et simplement ces rapports, dès lors que ces médecins ne se contentent pas d'opposer leur appréciation de la situation aux conclusions de l'expert psychiatre, mais signalent une dégradation survenue après que celui-ci a rendu son rapport, et qu'ils rapportent des symptômes que le Dr J_____ n'a pas constatés au moment de son expertise. C'est ici le lieu de rappeler que de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenant postérieurement doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19

avril 2021 consid. 7.2.1). En l'espèce, l'intimé devait tenir compte et investiguer plus avant cette éventuelle aggravation – survenue antérieurement à la décision litigieuse du 11 février 2025 - laquelle n'est pas nécessairement en contradiction avec les conclusions du Dr J_____ puisqu'elle lui est postérieure.

E. 9.2

Sur le plan neurologique, le Dr I_____ a exclu tout diagnostic d'ordre neurologique. Son expertise est pour le moins succincte. Toutefois, force est de constater que ses conclusions rejoignent les avis des différents neurologues consultés par le recourant, qui n'ont pas trouvé d'origine neurologique aux troubles du recourant. S'il n'existe ainsi aucun élément médical permettant de remettre en cause le volet neurologique de l'expertise malgré son caractère sommaire, il n'en reste pas moins que le Dr I_____ a énuméré plusieurs atteintes qui relèvent davantage de l'orthopédie, de la rhumatologie ou de la médecine du sport, telles que la laxité de l'articulation et la synovite diagnostiquées en 2014 par le Dr B_____ et confirmées par la Dre G_____, ainsi que le syndrome des loges. Selon le rapport du Dr E_____ du 7 octobre 2022, les tests réalisés au CHUV ont permis de confirmer l'existence de cette dernière atteinte – malgré la mesure normale évoquée sans autre précision par la Dre G_____. Or, il ressort des rapports du Dr E_____ que le syndrome des loges apparemment formellement diagnostiqué rend impossible l'activité de sertisseur, la Dre G_____ relevant quant à elle que les autres symptômes liés aux atteintes aux mains peuvent déranger le recourant dans le travail et entraîner des douleurs. Si celle-ci semble admettre une poursuite de l'activité habituelle, c'est sous réserve d'une adaptation du poste, dont on ignore en quoi elle consisterait et si elle est compatible avec les exigences d'un tel métier. Malgré ce qui précède, l'intimé n'a pas du tout instruit l'incidence des troubles observés par les Drs B_____ et G_____ sur la capacité de travail, pas plus que celle du syndrome des loges, et on ignore notamment quelle a été l'évolution de ces troubles et les traitements entrepris.

E. 9.3

Or, il est essentiel pour déterminer le droit aux prestations du recourant de tenir compte de l'ensemble des atteintes et de leurs répercussions sur la capacité de gain. La chambre de céans ne disposant pas des renseignements nécessaires à cet effet, il convient de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour celui-ci de compléter l'instruction sur ce plan, notamment en se procurant des rapports complémentaires des médecins traitants ainsi que les rapports du Dr F_____, puis en confiant une expertise à un spécialiste en médecine du sport ou en chirurgie orthopédique, qui s'adjoindront dans la mesure utile le concours d'un spécialiste en chirurgie de la main. Il appartiendra également à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique au vu des aggravations rapportées avant que ne soit rendue la décision querellée. Compte tenu des doutes que suscite l'expertise du Dr J_____, l'expert psychiatre devra se prononcer sur la capacité de travail et de gain sur ce plan durant l'ensemble de la période litigieuse. Ceci fait, l'intimé devra déterminer à nouveau le degré d'invalidité. À ce sujet, la chambre de céans rappelle que si les mesures d'instruction à mettre en œuvre devaient révéler que l'activité de sertisseur n'est plus exigible, il y aurait lieu de calculer le degré d'invalidité non pas en fonction du revenu statistique d'une telle activité, comme l'intimé l'a fait dans son calcul du 6 mai 2024, mais du revenu concrètement réalisé par le recourant dans le cadre de son dernier emploi. En effet, bien que celui-ci soit à l'origine de la résiliation de ses rapports de travail, il ressort du dossier que c'est en raison des problèmes de santé rencontrés qu'il a donné sa démission, ses médecins

traitants ayant confirmé que cette profession était contre-indiquée sur le plan médical. Dans ces conditions, il convient d'appliquer la présomption selon laquelle le recourant aurait poursuivi l'activité exercée au service de son dernier employeur sans atteinte à la santé. L'intimé devra ensuite statuer sur le droit à la rente et sur le droit à des mesures d'ordre professionnel. Au vu de l'issue du litige, la chambre de céans renoncera à l'audition du Dr L_____, par appréciation anticipée des preuves (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1).

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, la décision de l'intimé est annulée. Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, nonobstant l'octroi de l'assistance juridique, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-. **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.