

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1124/2025

ATAS/466/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 mai 2026
Chambre 10

En la cause

A_____
représenté par Me Laurence MIZRAHI, avocate

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1971, divorcé depuis 2017, est père de deux enfants nés en 2003 et 2007. Il a obtenu un diplôme d'infirmier en soins généraux en 1994, puis un DAS (pour *Diploma of Advanced Studies*) en psychiatrie et santé mentale en 2015. Il a été engagé par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) dès 1994 en qualité d'infirmier spécialisé.

b. Le 30 octobre 2020, le service de santé du personnel des HUG a adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) un formulaire de demande de prestations pour adultes signé par l'intéressé le 13 août 2020. Dans cette demande enregistrée le 3 novembre 2020, l'intéressé a indiqué qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 10 janvier 2020, en raison d'un état dépressif majeur.

c. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu de nombreux documents, dont :

- des rapports des 17 novembre 2020, 24 mai et 7 novembre 2022, et 13 septembre 2023 du docteur B_____, spécialiste en immuno-allergologie, médecin traitant de l'assuré ;
- des rapports des 3 février et 5 mai 2021, 6 février et 31 octobre 2022 du docteur C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ;
- un rapport des HUG relatif à une hospitalisation de l'intéressé du 25 janvier au 22 février 2022 en raison d'une décompensation cardiaque ;
- des rapports établis par des cardiologues des HUG les 11 mai 2022 (docteur D_____), 27 mai 2022 (docteure E_____, cheffe de service), 21 juin 2022 (Dre E_____), 18 juillet 2022 (Dre E_____), 4 août 2022 (docteure F_____, cheffe de clinique), 24 octobre 2022 (docteur G_____, responsable d'unité), 30 janvier 2023 (docteure H_____), 25 août 2023 (docteur I_____, médecin interne) et 20 novembre 2023 (Dr I_____), ainsi que plusieurs rapports d'examens spécialisés ;
- un rapport du 13 juin 2023 du docteur J_____, spécialiste en médecine générale, mandaté par l'employeur ;
- le questionnaire rempli par l'employeur, accompagné du cahier des charges et du relevé des absences de l'assuré.

d. L'OAI a pris en charge les coûts d'un accompagnement personnalisé sous la forme d'un entraînement à l'endurance, du 4 août au 30 octobre 2021, ainsi qu'une mesure de réinsertion du 30 août au 28 novembre 2021 auprès de la Fondation K_____. Cette mesure, prolongée le 17 novembre 2021 avec une augmentation du taux de 20 à 30%, a été interrompue le 24 mars 2022.

e. L'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, réalisée par le docteur L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la docteure M_____, spécialiste en médecine interne, tous deux médecins auprès de N_____ Sàrl, lesquels ont rendu leur rapport d'expertise le 30 avril 2024.

Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic et a conclu que la capacité de travail était de 100% depuis toujours. Il n'existait pas de psychopathologie incapacitante et l'intéressé était capable de soutenir le maximum horaire exigible quotidien, sans réduction de performance.

Au niveau somatique, l'experte a diagnostiqué une fatigue (R53.0) et une dyspnée aux efforts NYHA 2 (R06.0), dans le contexte d'une cardiopathie mixte d'origine génétique et toxique sur OH, avec une amélioration notable de la FEVG à 55% lors de l'échographie réalisée en août 2023, sous Entresto depuis février 2022, un *status* après une insuffisance cardiaque sévère en février 2022 avec une possible implication mineure d'un syndrome de Covid long, des gonalgies bilatérales sur une possible gonarthrose débutante et *status* après une réparation méniscale du genou droit en 2016, sans antalgie régulière, étant précisé que les limitations fonctionnelles cardiaques englobaient déjà les efforts physiques majeurs. Elle a également diagnostiqué un diabète non insulinorequérant, bien équilibré, une pollakiurie dans le contexte de prise de diurétiques, une hypotension orthostatique, dans le contexte d'une polymédication et d'une possible discrète polyneuropathie périphérique diabétique ou dysautonomie diabétique, un reflux gastroœsophagien, sans vomissement, une migraine avec aura, sans traitement, depuis de nombreuses années et une obésité avec classe 2 OMS.

En raison de la dyspnée, de la fatigue, des gonalgies droites et des vertiges orthostatiques, l'assuré présentait des limitations fonctionnelles et ne pouvait pas effectuer d'efforts physiques même modérés, porter des charges, marcher sur une moyenne distance, utiliser des escabeaux ou des échelles. Une activité plutôt sédentaire était recommandée, sans travail en hauteur, sans exposition au stress, sans horaires irréguliers afin notamment de pouvoir observer les prises médicamenteuses, avec un accès facilité aux toilettes dans le contexte d'une pollakiurie. La capacité de travail avait été de 0% entre février 2022 et juillet 2023, et était de 50% depuis août 2023, avec un temps de présence maximal possible de 4h15 par jour, sans diminution de rendement. L'activité d'infirmier en psychiatrie, activité sédentaire, sans efforts de soins de *nursing*, était adaptée. La situation étant chronique et définitive, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée de manière significative par des mesures médicales.

Enfin, consensuellement, les experts ont retenu des limitations dans l'accomplissement des tâches quotidiennes, soit les achats ou le jardinage. La capacité de travail était amoindrie strictement en raison de l'affection somatique.

f. Par avis du 17 mai 2024, la docteure O_____, médecin au service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a retenu, à titre d'atteinte principale à la

santé, un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère, et à titre de pathologie associée, une cardiopathie mixte d'origine génétique et toxique, une hypotension orthostatique sur polymédication et possible discrète polyneuropathie périphérique diabétique ou dysautonomie diabétique, une possible gonarthrose débutante, à titre de facteurs associés non du ressort de l'AI, une sténose aortique discrète sur bicuspidie aortique, une insuffisance mitrale légère, BBD atypique, un diabète non insulino requérant de type II, un reflux gastroœsophagien, un tabagisme actif, des migraines avec aura, une obésité, un *status* post-réparation méniscale du genou droit en 2016, un *status* post cholécystectomie en 2016 et un *status* post-infection SARS-COV-2. Le début d'incapacité de travail durable à 100% remontait au 10 janvier 2020. La capacité de travail exigible était de 50% dès le 22 août 2023, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles comprenaient la fatigue et une dyspnée d'efforts, des vertiges orthostatiques, des gonalgies droites, une pollakiurie. Il convenait de préférer une activité sédentaire, sans efforts physiques modérés à lourds, sans port de charges, sans marche sur moyenne distance, sans utilisation d'escabeau ou d'échelle, sans travail en hauteur, sans exposition au stress, sans horaires irréguliers et avec un accès facilité aux toilettes. Elle a conclu que l'activité habituelle d'infirmier en psychiatrie, sédentaire et ne comportant pas de soins de *nursing*, était adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

- B.** **a.** Le 2 juillet 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2021 au 30 novembre 2023, de 61% du 1^{er} au 31 décembre 2023 et de 64% à compter du 1^{er} janvier 2024. Il a relevé que le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à 90% à son activité professionnelle et à 10% à l'accomplissement de ses travaux habituels ménagers. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle du 10 janvier 2020 au 21 août 2023. À l'échéance du délai d'attente, soit le 10 janvier 2021, l'incapacité de travail étant de 100%, il en résultait un degré d'invalidité de 90% ($100\% \times 90\%$) qui lui ouvrait le droit à une rente entière, étant encore précisé que ladite prestation ne pouvait être versée qu'à compter du 1^{er} mai 2021 compte tenu du fait que la demande de prestations avait été déposée le 3 novembre 2020. Depuis le 22 août 2023, la capacité de travail était de 50% dans toute activité. La comparaison des gains sans invalidité (CHF 119'036.-) et avec invalidité (CHF 38'222.-) donnait une perte de gain de CHF 80'814.- correspondant à un taux de 67.89%. Compte tenu de la part professionnelle de 80%, l'invalidité était fixée à 61.10%, arrondie à 61% ($67.89\% \times 80\%$). L'amélioration depuis le 22 août 2023 entraînait un changement de degré d'invalidité de 5% au minimum. À la suite d'une modification de la réglementation en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2024, une déduction forfaitaire de 10% était opérée sur les valeurs statistiques salariales, ce qui entraînait une modification du gain avec invalidité (CHF 33'975.-) et donc de la perte de gain, fixée à CHF 85'061.-. Le taux d'invalidité se montait ainsi de 64.31% ($80\% \times 71.46\%$) arrondi à 64%. Dans la mesure où l'intéressé pouvait exploiter sa capacité de travail résiduelle dans son

domaine d'activité, qui était adapté à ses limitations fonctionnelles, il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures de réadaptation.

b. L'OAI a rendu quatre décisions le 28 février 2025, par lesquelles il a accordé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1^{er} mai au 30 novembre 2021, une rente d'invalidité entière du 1^{er} février 2022 au 30 novembre 2023, une rente correspondant à 61% d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} au 31 décembre 2023 et une rente correspondant à 64% d'une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2024. Il a joint la motivation rendue à l'appui de son projet de décision du 2 juillet 2024, selon laquelle l'intéressé avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2021 au 30 novembre 2023, de 61% du 1^{er} au 31 décembre 2023 et de 64% à compter du 1^{er} janvier 2024.

- C. a.** Par actes du 31 mars 2025, l'assuré, représenté par une avocate, a interjeté recours contre les quatre décisions précitées, enregistrés sous les n^{os} de cause A/1124/2025, A/1125/2025, A/1126/2025 et A/1127/2025. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition de ses médecins et à la mise en œuvre d'une expertise, et principalement, à l'annulation de la décision contestée, à ce qu'il soit constaté que son invalidité s'élevait au minimum à 70% et à l'octroi de rentes entières. En substance, le recourant a contesté la méthode d'évaluation de l'invalidité retenue par l'intimé, faisant valoir qu'il aurait exercé son activité professionnelle à 100% sans ses problèmes de santé alors que ses enfants auraient grandi. À cet égard, il a allégué qu'il avait travaillé à 100% jusqu'en 2003, année au cours de laquelle il avait réduit son taux à 80% à la suite de la naissance de son fils aîné. Dès 2019, alors que ses enfants avaient grandi, il avait augmenté son occupation à 90%. Il souffrait de graves problèmes de santé, tant sous l'angle psychiatrique que somatique, qui l'empêchaient d'exercer toute activité professionnelle.

Il a notamment produit un courrier adressé par le Dr C_____ le 26 novembre 2023 à la docteure P_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de la remercier de reprendre le suivi car il terminait sa pratique privée à Genève.

b. Dans ses réponses du 29 avril 2025, l'intimé a conclu au rejet des recours. Il a relevé qu'en l'absence d'éléments objectifs justifiant une incapacité totale de travail, alors que le suivi psychiatrique était arrêté car plus nécessaire, l'appréciation du recourant ne pouvait être suivie. L'expertise était probante. S'agissant du statut, l'intéressé avait baissé son temps d'activité en novembre 2016 de 100% à 90%. Au moment de la modification du taux d'activité, ses enfants avaient 9 et 13 ans, et au moment de la survenance de l'incapacité de travail 13 et 17 ans, de sorte que leurs âges n'entravaient pas l'exercice d'une activité à plein temps. Il avait donc retenu à juste titre un statut mixte correspondant à la situation de l'intéressé.

c. Par écritures du 25 septembre 2025, le recourant a persisté dans les termes de son recours. Il avait exercé son activité à 100% depuis 1994, avec une diminution à 80% jusqu'en 2015, puis une augmentation à 90% alors que ses enfants avaient commencé à grandir. Sans ses problèmes de santé, il aurait continué à augmenter son taux d'activité et ainsi retrouver une activité complète. L'intimé retenait une baisse du taux d'activité en novembre 2016 ce qui ne ressortait pourtant pas du dossier. Sur le plan médical, il convenait d'instruire davantage l'affaire, en procédant notamment à l'audition de ses médecins ou en ordonnant une expertise judiciaire.

Il a produit un rapport du 22 septembre 2025 de la Dre P_____.

d. En date du 16 octobre 2025, l'intimé a également maintenu ses conclusions. La Dre P_____ décrivait une situation anamnestiquement grave sans pour autant en apporter les éléments cliniques constitutifs. Ses critiques quant à l'expertise consistaient principalement en une évaluation différente basée sur des éléments anamnestiques peu concordants avec la situation décrite. L'hypothèse d'une aggravation n'était pas non plus soutenue puisqu'elle indiquait une évaluation sans évolution depuis le début de son suivi, voire depuis 2020.

L'intimé a joint un avis du 16 octobre 2025 de la Dre O_____, aux termes duquel les renseignements apportés dans le cadre du recours n'étaient pas de nature à modifier ses précédentes conclusions, qui demeuraient valables.

e. Le 22 décembre 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions. Contrairement à ce que plaidait l'intimé, l'appréciation de sa psychiatre était des plus pertinentes et ne se fondait pas uniquement sur ses constatations dans le cadre de son suivi, mais également sur le dossier et sur les précédents rapports du Dr C_____.

Il a joint un nouveau rapport du 14 novembre 2025 de la Dre P_____.

f. Le 22 janvier 2026, l'intimé a également maintenu ses conclusions et s'est référé à l'appréciation du 21 janvier 2026 du SMR jointe en annexe.

g. Le 10 mars 2026, le recourant a produit un nouveau rapport de la Dre P_____, daté du 11 février 2026, concluant au maintien de son appréciation d'une incapacité de travail totale et durable dans toute activité professionnelle, y compris adaptée.

h. Copies de ces pièces ont été transmises à l'intimé et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 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.

1.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2.

2.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

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

2.2 En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que le droit est né antérieurement à cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En outre, dans la mesure où le recourant avait, au 1^{er} janvier 2022, 30 ans révolus mais moins de 55 ans, la quotité de sa rente subsistera tant que son taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

3.

3.1 En vertu de l'art. 70 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (al. 1). La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la

première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites (al. 2).

Selon la doctrine et la jurisprudence, l'art. 70 LPA est une norme potestative. La décision de joindre ou non des causes en droit administratif procède ainsi avant tout de l'exercice du pouvoir d'appréciation du juge, qui est large en la matière. Elle peut également reposer sur des considérations d'économie de procédure, ce que l'art. 70 al. 2 LPA rappelle du reste expressément. Une jonction des causes ne présente d'utilité que si elle permet de simplifier la procédure ; elle se justifie en présence de situations identiques (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, p. 237 et références jurisprudentielles citées).

3.2 En l'espèce, il se justifie de joindre les procédures A/1124/2025, A/1125/2025, A/1126/2025 et A/1127/2025, qui portent toutes les quatre sur le droit à une rente d'invalidité du recourant.

4. Le litige porte sur le bien-fondé des décisions du 28 février 2025, par lesquelles l'intimé a accordé au recourant une rente d'invalidité entière du 1^{er} mai 2021 au 30 novembre 2023, réduite à 61% dès le 1^{er} décembre 2023 puis augmentée à 64% dès le 1^{er} janvier 2024, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant depuis le 22 août 2023.
5. 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).

En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

5.1 À teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa.

5.2 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références).

L'art. 17 al. 1 LPGa dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage ou (let. a), atteint 100% (let. b).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_231/2016 du 1er juin 2016 consid. 2.1).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la

rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C_860/2015 du 1^{er} juin 2016 consid. 4.3 ; 8C_138/2025 du 3 juillet 2025 consid. 5.2.4 et la référence ; 9C_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

5.3 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa et art. 28a al. 1 LAI).

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

5.4 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).

5.4.1 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

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 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).

Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

5.4.2 Ces indicateurs sont classés comme suit :

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. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations sur les manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée aident à séparer les limitations fonctionnelles qui sont dues à une atteinte à la santé des conséquences (directes) de 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 pathogénèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.31.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 6.3 et la référence).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

Le fait d'avoir été en mesure d'exercer une activité lucrative pendant de nombreuses années sans problème majeur est un élément important à prendre en considération dans l'évolution de la situation médicale de la personne assurée. Cet élément ne suffit toutefois pas pour en déduire une absence de gravité des atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

On ne saurait inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des

pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, *in* : RSAS 2011 IV n. 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, *in* : RSAS 2012 IV n. 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). 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).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 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, les 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 (ATF 141 V 281 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 assécurologique 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 (inévitabile) 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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

5.4.3 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'une personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. On ajoutera que l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281. Si l'expert s'acquitte de sa tâche de manière convaincante et sur la base d'une expertise qui a été établie conformément au schéma d'évaluation de l'ATF 141 V 281, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dans le cas contraire, l'organe chargé de l'application du droit devra nier la portée juridique de l'évaluation médicale (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.2 ; 9C_99/2022 du 6 février 2023 consid. 4.2 et les références).

5.5 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).

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 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 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 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 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

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'écarte pas, en principe (*cf.* ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

5.6 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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 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 en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). 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 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

6. En l'espèce, dans ses décisions litigieuses du 28 février 2025, l'intimé a considéré que le recourant avait présenté une incapacité totale de travail dans son activité professionnelle habituelle du 10 janvier 2020 au 21 août 2023 et qu'il disposait, depuis le 22 août 2023, d'une capacité de travail de 50% dans toute activité. Ces conclusions reposent sur l'avis du SMR du 17 mai 2024 et sur le rapport d'expertise du 30 avril 2024.

Le recourant quant à lui conteste cette appréciation et se réfère à la détermination de ses médecins traitants, qui établissent, selon lui, l'existence d'une totale incapacité de travail de façon continue depuis 2020.

Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports au dossier.

6.1 Au plan somatique, la Dre M_____ a diagnostiqué une fatigue et une dyspnée aux efforts NYHA 2 dans le contexte d'une cardiopathie mixte d'origine

génétique et toxique sur OH, et d'une possible implication mineure d'un syndrome de Covid long, des gonalgies bilatérales, un diabète non insulino-requérant bien équilibré, une pollakiurie dans le contexte de prise de diurétique, une hypotension orthostatique dans le contexte d'une polymédication et d'une possible discrète polyneuropathie périphérique diabétique ou dysautonomie diabétique, un reflux gastro-œsophagien sans vomissement, une migraine avec aura sans traitement, et une obésité de classe 2.

Les limitations fonctionnelles comprenaient les efforts physiques même modérés, le port de charge, la marche sur une moyenne distance et l'utilisation des escabeaux et des échelles. Une activité plutôt sédentaire, avec un accès facilité aux toilettes, exempte de travail en hauteur, d'exposition au stress et d'horaires irréguliers, était recommandée.

La capacité de travail avait été nulle entre février 2022 et juillet 2023, et se montait à 50% depuis août 2023, sans diminution de rendement. L'activité d'infirmier en psychiatrie, activité sédentaire, sans efforts de soins de *nursing*, était adaptée.

6.1.1 La chambre de céans constate tout d'abord que l'appréciation de la capacité de travail, en particulier dans l'activité habituelle, est surprenante dès lors que le contrat de travail du recourant a été résilié par l'employeur en raison de son inaptitude à exercer sa fonction au mois de juin 2023, sans qu'une éventuelle réduction du taux d'activité ne soit envisagée.

En outre, selon le cahier des charges remis par l'employeur, le travail d'infirmier en psychiatrie comprend des horaires irréguliers avec du travail de nuit et de soir, ce qui va donc à l'encontre des recommandations de l'experte.

6.1.2 Elle relève ensuite que la Dre M_____ n'a pas clairement indiqué les raisons pour lesquelles elle a retenu que le recourant aurait recouvré une capacité de travail de 50% au mois d'août 2023.

L'experte a relaté, dans son évaluation du cas, une amélioration « notable » de la fraction d'éjection du ventricule gauche à 55% lors de l'échographie réalisée en août 2023, alors que la fonction systolique gauche avait été mesurée à 14% en février 2022, à 25-30% en avril 2022 et à 40%-45% en août 2022 (cf. rapport d'expertise p. 59). Cela étant, en dépit de ces derniers résultats, la dyspnée stade II NYHA a persisté (cf. rapport d'expertise p. 59), ce qui signifie que l'amélioration de la fraction d'éjection du ventricule gauche survenue entre les mois d'août 2022 et août 2023 n'a pas eu d'influence sur l'essoufflement et la gêne respiratoire entraînant des restrictions et justifiant une incapacité de travail. Dans ces conditions, l'experte aurait dû soigneusement argumenter les raisons pour lesquelles elle estimait que les résultats observés en août 2023 étaient compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle à 50%.

La Dre M_____ a aussi noté que le cardiologue avait mentionné une amélioration après le programme de réadaptation réalisé en 2023, mais que la

dyspnée était discrètement en péréjoration depuis en raison du manque d'entraînement (*cf.* rapport d'expertise p. 60). S'il ressort en effet du rapport du service de cardiologie des HUG du 25 août 2023 que le recourant a ressenti une amélioration de la dyspnée d'efforts après le programme de réadaptation cardiaque ambulatoire suivi au printemps 2023, suivi d'une discrète péréjoration, il n'en reste pas moins que la dyspnée d'efforts NYHA II y est décrite comme « globalement stable ». Cette stabilité est en outre confirmée par les pièces du dossier, puisque les cardiologues avaient déjà mentionné une dyspnée de stade II dans leurs rapports des 21 juin et 24 octobre 2022, et que l'experte a retenu la même atteinte dans son expertise.

La Dre M_____ a également indiqué que le Dr I_____ avait noté, dans son rapport du 20 novembre 2023, qu'il paraissait difficile au patient de reprendre son activité professionnelle, même à un pourcentage réduit (*cf.* rapport d'expertise p. 60). Elle n'a cependant pas discuté les raisons pour lesquelles elle concluait, pour sa part, à une capacité résiduelle de 50% dès le mois d'août 2023.

L'experte a relevé « à l'anamnèse » que la capacité de travail atteignait 50% au plan cardiaque (*cf.* rapport d'expertise p. 60). Effectivement, dans son rapport du 30 janvier 2023, la Dre H_____ a indiqué que l'échocardiographie réalisée en août 2022 avait montré une amélioration de la fraction d'éjection estimée à 40-45% et que le patient « pourrait être en mesure d'effectuer une activité professionnelle à 50% depuis le mois d'août 2022 ». L'utilisation du conditionnel et non du passé permet de penser, d'une part, que la médecin a erronément mentionné l'année 2022 au lieu de l'année 2023, et d'autre part, que la reprise d'activité relevait d'une simple hypothèse à confirmer. D'ailleurs, elle a également noté « En fonction de l'évolution de la fraction d'éjection ventriculaire gauche, le patient sera en mesure de reprendre une activité professionnelle d'abord à temps réduit, en ce qui concerne les comorbidités cardiologiques ». Ce rapport ne permet donc pas d'asseoir l'appréciation de l'experte quant à l'amélioration de la capacité de travail retenue au mois d'août 2023.

Enfin, la Dre M_____ a relevé que la situation cardiaque était compensée sous le traitement actuel mais que ce dernier était « assez conséquent », et que la dyspnée et la fatigue persistaient aux efforts. Elle a estimé que les plaintes étaient cohérentes et plausibles, mais que la fatigue alléguée paraissait surdimensionnée par rapport aux constatations objectives. La capacité de travail ne pouvait pas dépasser 50% afin de donner un temps suffisant au recourant pour se reposer et récupérer après les efforts physiques. Néanmoins, l'activité physique régulière légère était recommandée par le cardiologue traitant. « Une reprise professionnelle dans une activité adaptée peut ainsi paraître bénéfique au plan cardiaque ». Ces quelques assertions, dénuées de toute argumentation médicale, ne permettent pas davantage d'entériner l'évaluation de l'experte, laquelle n'a pas du tout motivé les raisons médicales qui l'ont menée à retenir une capacité de travail de 50%. La seule amélioration de la fraction d'éjection du ventricule gauche, constatée lors

des examens cardiologiques du mois d'août 2023, ne permet pas de conclure à une capacité de travail exigible dès cette date, étant rappelé que la sévérité de la dyspnée d'efforts est restée inchangée, et que les éventuels effets de la modification clinique sur les limitations fonctionnelles n'ont pas du tout été discutés.

6.1.3 Il convient encore de noter que la date retenue pour fixer le début de l'incapacité totale de travail, soit le mois de février 2022, prête également le flanc à la critique.

En effet, selon l'experte, cette période correspond à la réalisation d'une IRM cardiaque et à l'hospitalisation du recourant (*cf.* rapport d'expertise p. 59). Toutefois, le rapport des HUG du 24 octobre 2022 indique que le patient a fait une première décompensation cardiaque avec hospitalisation le 25 janvier 2022 et que l'échocardiographie transthoracique réalisée le 26 janvier 2022 a révélé une fraction d'éjection du ventricule gauche sévèrement diminuée à environ 15%.

Il y a donc lieu de retenir que l'incapacité totale de travail, admise jusqu'au 22 août 2023 pour des raisons somatiques, remonte en réalité au 25 janvier 2022.

6.1.4 Dans son avis du 17 mai 2024, la Dre O_____ a rappelé les conclusions de l'experte somatique, soit une incapacité totale de travail dans toute activité « de février 2022 à juillet 2023 », puis une capacité de travail de 50% sans baisse de rendement « depuis le 22/08/2023 (date du contrôle cardiologique aux termes de la réadaptation cardiaque avec récupération de la fonction cardiaque) ».

Elle a ainsi affiné la date retenue pour l'amélioration de l'état de santé du recourant, en la fixant précisément, mais n'a donné aucune explication permettant de retenir que la « récupération de la fonction cardiaque » aurait eu des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé, étant rappelé que la dyspnée aux efforts NYHA II a persisté.

Sa détermination ne permet donc pas de pallier les lacunes de l'expertise.

6.1.5 Les rapports des cardiologues traitants du recourant ne prennent pas non plus position sur la question litigieuse de savoir si l'état de santé somatique du recourant est compatible avec une reprise professionnelle à 50% dès le mois d'août 2023.

6.1.6 Partant, la chambre de céans retiendra que le recourant a présenté une totale incapacité de travail en raison de ses atteintes somatiques à compter du 25 janvier 2022 et que des mesures d'instruction complémentaires seraient nécessaires afin de déterminer si l'évolution des troubles cardiologiques, telle que constatée le 22 août 2023, lui a permis de recouvrer une capacité de travail de 50% à cette même date.

Toutefois, pour les raisons qui seront exposées ci-après, cette question peut demeurer ouverte.

6.2 Au niveau psychiatrique, le Dr L_____ n'a retenu aucun diagnostic. Il a estimé que la capacité de travail était de 100%, depuis toujours, en l'absence de psychopathologie incapacitante.

L'expert a notamment exclu une atteinte cérébro-organique chez l'expertisé, non confus qui maintenait un focus d'attention efficace. Il n'était ni délirant, ni dissocié. Il était ancré dans la réalité. Il n'existait pas chez lui d'éventuels signes directs ou indirects de manifestations hallucinatoires, quels que soient les registres envisagés. Il n'était pas déprimé, il détenait une modulation affective efficace, s'intéressait à l'informatique, à la Formule 1, à la chaîne Netflix. Il avait des interrelations sociales, amicales et intra-familiales soutenues. Il ne rapportait pas d'inflexion thymique constante supérieure à deux semaines, n'était pas porteur d'une éventuelle anxiété épisodique au sein de laquelle il craindrait de mourir ou de devenir fou. Il n'avait pas recours aux urgences hospitalières. Il rapportait un milieu d'origine harmonieux et non carencé au sein duquel le développement et la scolarité s'étaient déroulés sans accroc jusqu'en milieux universitaires. L'expertisé n'était pas porteur d'un éventuel trouble spécifique de la personnalité, ni d'un éventuel syndrome de dépendance à une quelconque substance psychoactive que ce soit en dehors peut-être de la nicotine. Il n'était pas porteur d'une éventuelle majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, n'était pas histrionique (cf. rapport d'expertise pp. 22-23).

Se déterminant sur des troubles retenus au dossier, l'expert psychiatre a indiqué exclure un syndrome de dépendance à l'alcool, car l'intéressé déclarait ne pas en consommer au quotidien, il n'y avait pas de désir puissant et compulsif d'en consommer, et il n'existait pas de réduction d'autres sources de plaisir au profit d'une éventuelle consommation d'alcool. Il a nié tout état de stress post-traumatique, au motif que le recourant n'avait pas connu de traumatismes majeurs tels qu'exposition aux camps de concentration, tortures ou phénomènes de guerre, ajoutant que l'évolution de cette typologie diagnostique évoluait vers la guérison dans la plupart des cas. Il s'est éloigné d'un trouble affectif bipolaire en l'absence de mention de comportement désinhibé, d'achats inconsidérés et d'hypersexualité. Il a enfin écarté un épisode dépressif moyen, dès lors que l'intéressé détenait une modulation affective efficace et une capacité hédonique conservée. Il ne rapportait pas d'asthénie et se projetait dans l'avenir (cf. rapport d'expertise pp. 21-22 et 41).

6.2.1 La chambre de céans remarque d'emblée que le Dr L_____ n'a donné aucune explication propre à remettre en cause l'existence des troubles psychiques attestés par le Dr C_____ à l'époque de son suivi. En effet, l'appréciation de l'expert est uniquement basée sur son examen psychiatrique du 13 mars 2024 et sur les déclarations du recourant à cette date, sans indications sur les plaintes, les symptômes, les capacités, les limitations ou encore sur les activités et le déroulement des journées du recourant pour le passé.

Il est observé que dans son rapport du 3 février 2021, le psychiatre traitant a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère en cours d'amélioration, et une possible bipolarité de l'humeur dont de précédentes phases maniaques ou mixtes suivies de dépression sévère. Il a expliqué que la prise en charge avait débuté le 6 février 2020, alors que le patient avait été mis en arrêt de travail depuis trois semaines par son médecin traitant et était sous Seroquel en raison d'anxiété et de troubles du sommeil majeurs. Ce traitement, efficace, avait accentué la prise pondérale et favorisé la tendance à la clinophilie. Au début du traitement, le patient restait alité la majeure partie du temps et ne sortait globalement que pour les consultations, alors que sa mère et son frère l'aidaient pour les repas ou les courses. Il n'arrivait même plus à se doucher régulièrement et se présentait en tenue négligée aux rendez-vous. À cette époque, les enfants étaient confiés à leur mère. Lors de la première consultation, un traitement de Venlafaxine avait été réintroduit, avec une augmentation de posologie les 18 février et 30 mars 2020. L'évolution avait été favorable, mais le traitement avait entraîné une akathisie, une sudation abondante, une accélération du discours et des idées, une augmentation du tonus de la voix et une irritabilité. Le patient présentait alors un virage hypomane et mixte, et était accéléré. Lors de la consultation du 30 mars 2020, le moral du patient était très nettement amélioré, il retrouvait ses envies, mais il était logorrhéique et agité, se sentait très irritable, ce qui était confirmé par sa famille. Dans ces conditions, le traitement avait été réduit dès le début du mois de juin 2020 et le Seroquel était pris le soir pour éviter des ruminations ou des obsessions empêchant l'endormissement. Au début du mois de juin 2020, le Surmontil avait été introduit pour éviter la prise de Seroquel car le patient annonçait une prise pondérale massive depuis ce traitement qui avait débuté environ au début de l'année 2019. En juillet 2020, de la Dépakine avait été introduite, d'abord le soir, puis le soir et le matin compte tenu de la présentation bipolaire des symptômes, type état mixte avec une élation de l'humeur et de l'énergie et une irritabilité massive. Depuis lors, le patient avait décrit une amélioration qualitative de son état ayant l'impression d'être beaucoup moins fluctuant sur le point de ses sensations intérieures et de l'humeur. La prise de Seroquel avait été nettement diminuée et l'état était demeuré relativement stable. Ayant continué à augmenter la Dépakine, l'amélioration s'était poursuivie et semblait devenir significative, puisque les activités de la vie quotidienne de base avaient pu revenir. Avec le début d'une prise en charge par un psychologue délégué, l'évolution avait été positive, bien que plutôt très lente. Les enfants étaient rentrés à domicile et le patient avait progressivement repris les sorties pour aller faire les courses, préparer à manger, et l'activité diurne avait augmenté. Depuis la période des Fêtes de fin d'année, le patient avait pu reprendre des contacts et rencontrer des amis. En l'état, la prise en charge comprenait un entretien tous les quatorze jours avec des tâches à accomplir selon un modèle cognitif comportemental. Depuis environ un mois, le patient avait recommencé à s'atteler au domaine administratif et attaquer la pile de documents qui traînait sur

son bureau pour s'en occuper petit à petit. La motivation était encore fluctuante et parfois, malgré l'intérêt et la participation de l'intéressé durant l'entretien, les résultats en termes d'activité réelle étaient moins visibles. Toutefois, le mouvement dépressif qui consistait à se laisser couler au fond de plus en plus était maintenant stoppé et c'était au contraire une reprise en main de sa vie, progressive, qui était en cours depuis plusieurs mois. Les limitations fonctionnelles étaient dues à une prise pondérale de 10-20 kg limitant la mobilité et les activités physiques, un ralentissement psychomoteur, une aboulie et une grande difficulté de motivation, une agitation avec irritabilité interférant dans les relations, une incapacité à gérer une activité normale. Le patient pouvait depuis peu revoir des amis, qu'il n'avait pas fréquentés au cours de l'année écoulée par manque de motivation. Sa famille ascendante était un très bon support, ainsi que divers amis. Toutes les atteintes psychiques avaient un impact sur la capacité de travail, laquelle était en l'état nulle. Le patient était à peine capable de gérer une partie de sa vie quotidienne, la plus pragmatique, mais demeurait dans l'incapacité de faire suffisamment d'activités physiques et à agir sur le plan administratif, en dépit d'une stimulation importante lors des consultations.

Le 5 mai 2021, le Dr C_____ a écrit à la direction des ressources humaines de l'employeur que le traitement avait permis une amélioration significative de l'état de santé depuis le début de l'année 2021 et que la situation pouvait être considérée comme stabilisée sur le plan médical. Il a toutefois constaté l'épuisement des ressources adaptatives, ce qui justifiait de trouver un poste adapté dans un autre secteur d'activité. Une reprise thérapeutique à 20% était envisageable sans travail aux urgences, sans travail de nuit, sans travail dans des grands *open space* bruyants ou avec trop de monde, sans stress trop conséquent ou responsabilité trop importante, et si possible avec des horaires réguliers.

Il ressort du rapport du 6 février 2022 du Dr C_____, qu'il avait réintroduit le traitement de Seroquel car le patient se sentait très inquiet en raison de la cessation du paiement de son salaire par l'employeur. Il a relevé un submergement par la précarité sociale et une incapacité à se motiver suffisamment avec une prise en charge ambulatoire. Les problèmes somatiques, probablement présents de longue date, interféraient de façon massive et possiblement de longue date également. Il a noté un épisode dépressif « sévérissime » au cours des quatre/cinq dernières années, ainsi qu'une inactivité physique et une prise pondérale marquée qui avaient probablement « fait le lit » des problèmes physiques. Au niveau psychiatrique, la situation était confuse et probablement plus inquiétante en raison des barrières à la prise en charge, le patient étant lui-même soignant dans le milieu psychiatrique et n'ayant pas les moyens financiers d'être pris en charge en privé. Le pronostic était défavorable à cause de l'épuisement complet des ressources adaptatives et de la barrière au traitement.

Dans son rapport du 31 octobre 2022, le Dr C_____ a expliqué que les diagnostics actuels consistaient en un état de stress post-traumatique en lien avec

l'expérience de la maladie cardiologique sévère ayant nécessité une prise en charge hospitalière intensive de plusieurs semaines avec pronostic vital engagé, et un trouble dépressif en rémission actuelle. Il a fait état d'une amélioration par rapport à la symptomatologie initiale qui avait été attribuée à une dépression d'intensité sévère, mais indiqué que ce constat d'amélioration de l'humeur devait être nuancé par la présence d'une anxiété vitale en rapport avec le fait d'être passé proche de la mort et d'une difficulté générale à se projeter à long terme, y compris s'agissant du domaine professionnel. Le patient était centré sur ses préoccupations autour de sa santé et de la récupération physique. L'épuisement de ses ressources adaptatives avait été aggravé par l'épisode cardiologique sévère et menaçant la survie. L'état était stabilisé sans nécessité de traitement antidépresseur, avec uniquement une prise occasionnelle de Seroquel le soir en cas d'anxiété ou de difficultés à s'endormir, étant précisé que le traitement antidépresseur avait été suspendu lors de la prise en charge somatique en urgence et en raison d'une hépatite d'origine mixte. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a constaté des difficultés à gérer des tâches quotidiennes administratives de façon régulière, une incapacité complète à supporter un stress, une difficulté à se projeter dans l'avenir. Si le patient était apte à gérer sa vie quotidienne pour tous les domaines, cela serait déjà un très bon point car tel n'avait plus été le cas depuis au minimum deux/trois ans. Le suivi psychiatrique était dorénavant à la demande, avec un entretien environ tous les deux mois. En effet, il avait été convenu que la prise en charge cardiologique et la récupération physiologique devaient être prioritaires. En l'absence d'un traitement suivi, d'un antidépresseur et en présence d'une humeur stabilisée, un suivi régulier psychiatrique n'était plus indispensable. Son pronostic était sombre concernant les atteintes psychiatriques pour plusieurs raisons. Premièrement, l'activité professionnelle habituelle exercée depuis plus de 30 ans ne pouvait que tendre à épuiser le psychisme. Deuxièmement, l'évolution constatée au cours des cinq à six dernières années était très préoccupante, avec l'apparition de surconsommation d'éthyle, d'arrêts de travail, d'épisodes de dépression sévère, puis une maladie cardiologique sévère qui attestait de l'épuisement complet des ressources adaptatives du patient qui était venu constituer une presque équivalence de dynamique suicidaire. Troisièmement, la présence d'un volet somatique qui avait pu menacer la survie venait complexifier le tableau, avec l'apparition d'un état de stress post-traumatique en lien avec la situation somatique. La capacité de travail était nulle, et ce de façon définitive pour les activités cliniques en urgences, ainsi que pour l'activité d'infirmier en psychiatrie. D'ici un à deux ans, la question d'une participation à des mesures de réadaptation professionnelle pourrait être réabordée si l'intéressé avait pu améliorer son hygiène de vie et reprendre progressivement le sport. Actuellement, de telles mesures étaient exclues car le patient n'était pas encore apte à gérer l'ensemble d'une vie quotidienne sans activité.

Enfin, la lettre adressée le 26 novembre 2023 par le Dr C_____ à la Dre P_____ ne renseigne pas sur l'évolution de la situation depuis l'automne

2022, à l'exception du traitement qui ne comprenait que du Seroquel. Elle atteste en revanche de la poursuite d'un suivi psychiatrique jusqu'au mois de novembre 2023, repris dès janvier 2024 par une autre spécialiste.

Les conclusions de l'expert, dépourvues de toute argumentation pour la période antérieure à son examen, doivent être écartées au profit de l'appréciation du Dr C_____. En effet, les rapports de ce dernier jusqu'au 31 octobre 2022 sont complets et comprennent une anamnèse, les plaintes, des constats objectifs, des diagnostics clairs, les traitements prescrits et leurs effets, ainsi que l'évaluation des ressources et de la capacité de travail de l'intéressé, et ce depuis le début de sa prise en charge. Les conclusions du psychiatre traitant sont dûment motivées et convaincantes, et le Dr L_____ n'a soulevé aucun argument permettant de les remettre en cause.

6.2.2 D'ailleurs, le SMR lui-même s'est écarté de l'évaluation du Dr L_____, selon laquelle le recourant n'aurait jamais présenté le moindre trouble à la santé psychique, puisqu'il a noté que l'atteinte principale consistait en un « trouble dépressif récurrent épisode sévère » et que le début de l'incapacité durable de travail remontait au 10 janvier 2020. Étant rappelé que les troubles somatiques ayant justifié une incapacité totale de travail ont débuté le 25 janvier 2022, il en découle que le SMR a nécessairement attribué l'incapacité de travail pour la période antérieure à l'affection psychique. Il a donc suivi l'appréciation du Dr C_____.

La Dre O_____ ne s'est pas clairement prononcée sur l'évolution de l'état de santé. Elle a uniquement indiqué qu'il ressortait des rapports du Dr C_____ que le traitement antidépresseur et le suivi psychiatrique avaient été arrêtés en octobre 2022, et elle a retenu que l'incapacité de travail de 50% qui prévalait encore au 22 août 2023 résultait des seules pathologies physiques. Elle paraît donc avoir conclu à une rémission des troubles psychiques en automne 2022.

Une telle interprétation se heurte toutefois aux informations livrées par le psychiatre traitant. Ce dernier a en effet relevé, dans son rapport du 31 octobre 2022, qu'un suivi psychiatrique « régulier » n'était plus « indispensable » mais que la prise en charge se poursuivait « à la demande », car la priorité devait être donnée à la prise en charge cardiologique. Le suivi n'a donc pas été arrêté, contrairement à ce qu'a retenu le SMR, mais il a été moins régulier en raison de l'apparition des graves troubles somatiques qui ont requis des soins préférentiels. Il n'en demeure pas moins que la prise en charge psychiatrique s'est poursuivie, jusqu'à l'automne 2023 auprès du Dr C_____, puis à compter du mois de janvier 2024 auprès de la Dre P_____, comme cela ressort du courrier du 26 novembre 2023. Il n'y a donc eu aucune interruption du suivi spécialisé. À cet égard, il sera observé que le SMR n'a fait aucune référence à la nouvelle prise en charge psychiatrique, alors que cet élément ressort clairement de l'expertise. Une telle omission permet de s'interroger sur la diligence accordée à la lecture du rapport d'expertise.

S'agissant du traitement antidépresseur, le Dr C_____ a expliqué qu'il avait d'abord été « suspendu », et non arrêté, à la suite de la décompensation cardiaque et en raison d'une hépatite d'origine mixte. Si ce médecin a relaté, au mois d'octobre 2022, une stabilisation de l'humeur qui ne nécessitait plus de traitement antidépresseur, il a souligné que cette amélioration était tempérée par la présence d'une anxiété vitale et il a posé un nouveau diagnostic psychiatrique, soit un état de stress post-traumatique. Il a également introduit une nouvelle médication pour l'anxiété, le Seroquel, qu'il a continué à prescrire jusqu'en novembre 2023. Ainsi, le seul arrêt du traitement antidépresseur, manifestement contre-indiqué en raison des pathologies somatiques, remplacé par une autre substance afin de traiter un nouveau trouble psychique, ne plaide pas en faveur d'une amélioration sensible de l'état de santé. Au contraire, le Dr C_____ a souligné que son pronostic était sombre, mentionnant notamment l'épuisement complet des ressources adaptatives du patient, la complexification du tableau à la suite de la maladie cardiologique sévère, laquelle avait en outre entraîné un état de stress post-traumatique. Il a attesté d'une totale incapacité de travail, et ce de façon définitive pour les activités cliniques en urgences, ainsi que pour l'activité d'infirmier en psychiatrie, et estimé que des mesures de réadaptation professionnelle étaient en l'état exclues car le patient n'était pas encore apte à gérer l'ensemble d'une vie quotidienne sans activité. Dans son courrier du 26 novembre 2023, il a indiqué que le moral allait bien, mais il a aussi confirmé que l'intéressé présentait un épuisement complet de ses ressources adaptatives. Rien dans cette missive sommaire, par laquelle le psychiatre a remercié la Dre P_____ de reprendre le suivi de son patient, laisse supposer que la situation du recourant se serait notablement améliorée une année auparavant.

Partant, contrairement à l'avis du SMR, les rapports du Dr C_____ n'établissent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'état de santé psychique du recourant se serait amendé à l'automne 2022.

6.2.3 En ce qui concerne la situation lors de l'examen d'expertise, les quelques arguments avancés par le Dr L_____ pour exclure les troubles mentionnés dans le dossier sont des plus sommaires, et l'expert n'a même pas énuméré les éléments diagnostiques permettant de vérifier si les critères étaient ou non réalisés.

S'agissant d'une consommation nuisible d'alcool et d'un trouble anxiodépressif, il sied de remarquer que ces diagnostics ont été retenus par le psychiatre traitant du recourant et également mentionnés dans l'avis de sortie des HUG du 22 février 2022. Ce document fait état, entre autres, d'une hépatite aiguë avec une insuffisance hépatocellulaire d'origine alcoolique, médicamenteuse et ischémique. L'expert ne pouvait donc nier ces atteintes. Tout au plus pouvait-il les considérer en rémission, motivation médicale à l'appui.

Concernant l'état de stress post-traumatique, la CIM-11 n'exige pas l'exposition « aux camps de concentration, tortures ou phénomènes de guerre », mais l'exposition « à un événement ou à une série d'événements extrêmement

menaçants ou terrifiants ». Il ne paraît donc pas exclu qu'une maladie aiguë potentiellement mortelle puisse être à l'origine d'un tel trouble.

Quant au trouble affectif bipolaire écarté en l'absence de mention de comportement désinhibé, d'achats inconsidérés et d'hypersexualité, il sera observé que le Dr C_____ a rapporté le 3 février 2021 des dépenses inconsidérées entre 2013 et 2016 pour avoir un train de vie agréable, avec de multiples vacances et weekends coûteux, puis la mise en situation de dettes importantes depuis trois/quatre ans pouvant s'expliquer par une possible bipolarité de l'humeur avec des phases maniaques ou mixtes suivies de dépression sévère. Il a fait état d'un virage hypomane et mixte. Dans sa lettre envoyée à la Dre P_____ le 26 novembre 2023, il a indiqué que le patient était devenu quasiment hypomane avec l'augmentation de la Venlafaxine et qu'il envisageait une humeur bipolaire plutôt que seulement un trouble dépressif récurrent.

6.2.4 À cela s'ajoute que l'analyse de l'expert ne repose pas sur un dossier complet et suffisamment instruit.

En effet, le recourant lui a remis le courrier du Dr C_____ du 26 novembre 2023. L'expert savait donc que le recourant bénéficiait d'un nouveau suivi et l'intéressé lui a en outre confirmé qu'il consultait sa psychiatre une fois par mois depuis trois mois, et une psychologue deux fois par mois. En dépit de cette nouvelle prise en charge, le Dr L_____ n'a pas jugé utile de contacter la nouvelle psychiatre traitante, et ce alors que le dossier en sa possession ne comportait aucun compte-rendu de cette spécialiste et que le dernier rapport détaillé du Dr C_____ datait du 31 octobre 2022.

6.2.5 De plus, plusieurs appréciations de l'expert semblent discordantes.

À titre d'exemples, le Dr L_____ a considéré qu'il n'existait pas de limitation uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence. L'assuré appréciait ses enfants avec lesquels il partageait des moments, déjeunait chez ses parents, effectuait les courses et soutenait partiellement les tâches de rangement (rapport d'expertise p. 21). Toutefois, il ressort du déroulement d'une journée-type que l'intéressé ne sort que pour faire des courses et aller manger chez ses parents (lesquels habitent à la même adresse), que ses seules occupations consistent à regarder la télévision ou des vidéos, que malgré l'intervention d'une aide-ménagère, il a qualifié son appartement de « chaotique » et que ses dernières vacances dans le sud de la France remontaient à six ans (rapport d'expertise p. 36), alors qu'il apprécierait de partir en vacances (rapport d'expertise p. 31). L'expert a affirmé que les doléances étaient essentiellement cardiologiques, l'intéressé évoquant une fraction d'éjection gauche abaissée et une insuffisance cardiaque (rapport d'expertise p. 21), mais le recourant a déclaré à l'expert « souffrir du cerveau » (rapport d'expertise p. 33).

6.2.6 Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit plusieurs rapports de la Dre P_____. Ces documents, qui portent sur l'état de santé de

l'intéressé depuis le début de sa prise en charge le 20 janvier 2024, peuvent être pris en considération puisqu'ils concernent la situation qui prévalait antérieurement aux décisions litigieuses rendues le 28 février 2025.

Dans son rapport du 22 septembre 2025, la Dre P_____ a diagnostiqué un trouble bipolaire de type 2, épisode le plus récent, mixte (F31.8), et une dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25). Les limitations fonctionnelles étaient dues à une fluctuation de l'humeur, une intolérance au stress, des difficultés d'adaptation et de gestion des activités quotidiennes, une surconsommation d'alcool, un épuisement des ressources adaptatives, une fluctuation entre des périodes où le patient présentait une accélération de la pensée, une agitation, se sentait irritable, et des périodes de ruminations, de perte d'envie, une tendance à la clinophilie, une distractibilité, des troubles cognitifs liés à la médication, à l'alcool, à l'anxiété et au trouble de l'humeur. Elle a relevé une difficulté à s'inscrire dans un traitement psychothérapeutique au vu de l'instabilité du trouble de l'humeur, la consommation nuisible d'alcool et l'état de dispersion et d'agitation quasi constante, une diminution de la capacité physique à l'effort, des difficultés à gérer les activités de la vie quotidienne organisée quatre fois par semaine par sa mère en raison du « chaos dans l'appartement », une incapacité à se projeter dans l'avenir, un déconditionnement lié à un arrêt de travail de longue durée, une dyspnée d'efforts quasi constante dans le contexte d'une insuffisance cardiaque et d'un état d'agitation quasi permanent, des vertiges liés aux perturbations de la tension artérielle. Elle a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le début de son suivi et considéré, sur la base des notes du Dr C_____, que l'intéressé n'avait pas eu de capacité de travail durable depuis janvier 2020, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Au vu des troubles psychiatriques chroniques sévères et invalidants, et au vu des limitations fonctionnelles, son pronostic était négatif. La psychiatre traitante a encore pris le soin de justifier les raisons pour lesquelles elle n'était pas d'accord avec l'avis du Dr L_____. À titre d'exemples, elle a expliqué, s'agissant du traitement, que son patient avait dû arrêter la prise de Lithiofor à cause de son insuffisance cardiaque et de sa problématique hépatique, qu'il était sous Seroquel, avec des vertus stabilisatrices de l'humeur. Il avait en outre interrompu le traitement psychopharmacologique antidépresseur pour donner suite aux virages hypomanes sous cette médication. Ces virages avaient été constatés par le précédent psychiatre traitant et par elle-même. Une des principales stratégies adaptatives de l'intéressé était de consommer de l'alcool et ce de manière quasi quotidienne. De même, plusieurs médecins avaient constaté des épisodes de dépression sévère, et les différentes pathologies somatiques présentées pouvaient être considérées comme attestant d'un épuisement complet des ressources adaptatives du patient. Elle a en outre expliqué que les propos du patient devaient être pris « avec des pincettes » compte tenu du décalage entre ce qu'il racontait et les faits. Il était déstructuré au niveau de l'organisation de ses journées, manquait

de nombreux rendez-vous, avait passé plusieurs semaines au lit sans sortir, toutes les tâches ménagères étant assumées par sa famille.

Par avis du 16 octobre 2025, la Dre O_____ du SMR a estimé que ces renseignements n'étaient pas de nature à modifier ses précédentes conclusions. Elle a notamment relevé que les consommations d'alcool n'étaient pas devenues quotidiennes depuis l'expertise psychiatrique, n'étaient ni compulsives, ni décrites quantitativement en augmentation, ou à l'origine d'un syndrome de sevrage durant les jours d'abstention. Elle a ensuite relevé des dissonances dans la qualification de l'évolution des troubles psychiques et des chances de guérison, et souligné l'amélioration du trouble de l'humeur objectivée dès mai 2021 par le Dr C_____, confirmée par le médecin du travail en juin 2021, par le Dr C_____ en octobre 2022 et par l'expert psychiatre le 13 mars 2024. Cette amélioration avait d'ailleurs permis d'arrêter le suivi psychiatrique en automne 2022, de même que tout traitement psychotrope d'office et d'envisager une reprise progressive d'activité. Le SMR a ensuite relevé que la fréquence du suivi était hebdomadaire auprès du Dr C_____ et mensuelle auprès de la Dre P_____. Bien que le traitement soit jugé insuffisant, l'intéressé ne semblait pas avoir bénéficié d'un avis psychopharmacologique pour adaptation, ni d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Enfin, la psychiatre traitante avait tenu compte de limitations fonctionnelles somatiques sortant de son domaine de compétence et de facteurs psychosociaux non médicaux pour fixer la capacité de travail exigible.

La Dre P_____ s'est à nouveau déterminée, par rapport du 14 novembre 2025, et a répondu aux critiques du SMR. Elle a affiné les limitations fonctionnelles précédemment énoncées, faisant état d'une intolérance au stress plutôt que d'une vulnérabilité au stress, de difficultés d'adaptation et de gestion des activités de la vie quotidienne, d'une surconsommation d'alcool, d'une irritabilité, de périodes de ruminations, de pertes d'envie, d'état de dispersion et d'agitation quasi constant, de diminution de la capacité physique à l'effort, de vertiges liés aux perturbations de la tension artérielle, d'un déconditionnement lié à un arrêt de travail de longue durée, d'un épuisement complet des ressources adaptatives. Elle a précisé les consommations d'alcool, lesquelles pouvaient être quotidiennes lorsque l'intéressé était seul chez lui pour lutter contre l'« angoisse » selon lui. Il avait accepté de débiter un suivi spécialisé pour cette dépendance, étant ajouté qu'il pouvait être dans le déni de sa consommation face à de nouveaux interlocuteurs. Les résultats de la dernière prise de sang faite à l'improviste signaient une augmentation du volume des globules rouges, une augmentation des gammaGT, et le Carboxy-Déficiente Transferrine était dans les valeurs supérieures hautes. Le patient faisait de courtes périodes de diminution de consommation craignant pour sa fonction cardiaque. La psychiatre traitante a ensuite relevé qu'au mois de mai 2021, le Dr C_____ avait noté une amélioration du trouble de l'humeur et précisé que les obstacles à franchir étaient le

déconditionnement lié à la durée de l'arrêt de travail et l'épuisement total des ressources adaptatives en lien avec son travail d'infirmier. Or, l'amélioration de l'humeur n'avait duré que quelques mois, avec un ré-effondrement en janvier 2022 selon le rapport de ce psychiatre de février 2022, et le patient n'avait jamais franchi les obstacles précités. La fréquence du suivi psychiatrique s'adaptait à la clinique du patient et avait augmenté à une fois par semaine durant les moments de crise « *up* et *down* » avec des entretiens téléphoniques. De même, la médication avait varié avec des prescriptions sur plusieurs périodes d'Anxylol 15 mg jusqu'à quatre fois par jour pour encourager le patient à diminuer sa consommation d'alcool et éviter les symptômes de sevrage. Le suivi psychothérapeutique se poursuivait au rythme d'une fois tous les 15 jours depuis 2021. La psychologue avait aussi observé, au cours de ces cinq dernières années, les limitations fonctionnelles de ce patient. Selon elle, les restrictions somatiques pouvaient être considérées comme attestant de l'épuisement complet des ressources adaptatives. Elle a indiqué que le traitement comprenait de la Quétiapine 300 mg, du Beloczoc 50 mg, du Forxiga 10 mg, de l'Eplerenone 25 mg, de l'Entresto 400 mg, ainsi que de l'Efexor.

La Dre O_____ a été invitée par l'intimé à prendre position sur ce document. Dans son appréciation du 21 janvier 2026, elle a rappelé l'absence de modification de la fréquence des suivis sur le plan psychiatrique, l'arrêt du traitement somnifère, la poursuite des traitements neuroleptique et antidépresseur inchangés depuis janvier 2024. Selon elle, les limitations fonctionnelles psychiatriques apparaissaient en amélioration et la symptomatologie en lien avec le diagnostic de syndrome de dépendance à l'alcool utilisation continue ne semblait plus prévaloir avec la mention d'une diminution des consommations sous traitement anxiolytique et suivi addictologique. L'incapacité de l'intéressé à supporter le stress avait déjà été rapportée par le Dr C_____ en octobre 2022. La psychiatre traitante avait pris en compte des limitations fonctionnelles somatiques pour attester un épuisement des ressources adaptatives et retenir une exigibilité résiduelle nulle dans toute activité. Son appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles inhérentes aux seules psychopathologies incapacitantes manquait de précision et de spécificités au plan strictement psychiatrique. Par ailleurs, elle avait tenu compte de facteurs psychosociaux défavorables qui ne devaient pas entrer dans l'appréciation de l'exigibilité médico-théorique. Enfin, les résultats d'analyses sanguines du 12 novembre 2025 parlaient en faveur d'un contrôle et d'une stabilité de la consommation d'alcool depuis 2022, sans signes d'imprégnation éthyliques pathologiques, ni atteinte hépatique. La minime élévation du volume globulaire moyen n'était pas spécifiquement d'origine toxique et pouvait avoir de nombreuses étiologies en médecine interne. En conclusion, ces derniers éléments n'apportaient pas d'éléments objectifs susceptibles de modifier ses conclusions.

Le 11 février 2026, la Dre P_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés. Elle a attesté de la présence persistante d'une labilité thymique marquée avec fluctuation rapide de l'humeur, d'une intolérance significative au stress, y compris face à des sollicitations minimales, de troubles durables de l'attention, de la concentration et de la mémoire de travail, d'une désorganisation cognitive et émotionnelle dès que le cadre devenait structuré ou exigeant, d'une fatigabilité psychique rapide avec effondrement fonctionnel, d'épisodes d'agitation psychomotrice, d'irritabilité et d'impulsivité, de périodes prolongées de ruminations, de perte d'initiative et de clinophilie. Ces symptômes persistaient malgré une prise en charge psychiatrique spécialisée régulière, un traitement psychotrope adapté et un suivi psychothérapeutique au long cours. Les limitations fonctionnelles retenues, exclusivement d'origine psychiatrique, étaient une incapacité à maintenir une attention soutenue et une performance fiable dans la durée, une intolérance au stress incompatible avec toute exigence professionnelle, même faible, un refuge dans l'alcool pour anesthésier le corps en cas de tension ou pour fuir les ruminations anxieuses, une incapacité à s'adapter à un cadre structuré, à respecter des horaires et des consignes de manière constante, des fluctuations cliniques imprévisibles incompatibles avec les exigences de régularité, de fiabilité et de rendement du marché du travail, un épuisement durable des ressources adaptatives psychiques, objectivé par l'échec répété de toute tentative de reprise professionnelle, y compris à un taux très réduit de 20%. Ces restrictions étaient présentes indépendamment des facteurs contextuels et suffisaient, à elles seules, à exclure toute exigibilité professionnelle. L'incapacité de travail était totale dans l'activité professionnelle habituelle d'infirmier et dans toute autre activité adaptée, même simple, sans responsabilité, sans pression temporelle et avec encadrement. L'évaluation de la capacité de travail reposait exclusivement sur l'atteinte psychiatrique, et non pas sur les troubles physiques ou des facteurs psychosociaux, étant précisé que les pathologies somatiques, mentionnées en tant qu'éléments médicaux contextuels, étaient susceptibles de majorer la fatigabilité globale et la vulnérabilité, et que les facteurs tels que la précarité sociale, le déconditionnement ou l'éloignement du marché du travail ne constituaient pas des critères déterminants de son évaluation de l'exigibilité et étaient cités à titre descriptif. Son appréciation était fondée sur des éléments cliniques longitudinaux, sur des tentatives de reprise infructueuses et sur la persistance d'une symptomatologie invalidante malgré le traitement. Indépendamment des variations des paramètres biologiques, il persistait une utilisation régulière de l'alcool, reconnue par le patient et observée cliniquement, s'inscrivant dans des stratégies d'auto-régulation émotionnelle. La relative stabilité du traitement psychotrope ne pouvait être interprétée comme un signe d'amélioration fonctionnelle. Ce traitement visait essentiellement à prévenir des décompensations aiguës, sans permettre une restauration des capacités fonctionnelles nécessaires à une activité professionnelle. La stabilité thérapeutique dans un contexte chronique traduisait fréquemment une

stabilisation fragile, et non une récupération de la capacité de travail. Le pronostic était défavorable à moyen et long terme concernant la capacité de travail, à cause de la chronicité des troubles psychiatriques, de l'épuisement durable des ressources adaptatives, de l'absence de récupération fonctionnelle malgré une prise en charge adéquate et des échecs répétés de toute tentative de reprise.

6.2.7 Les rapports de la Dre P_____ mettent clairement à mal les conclusions du Dr L_____, fondées exclusivement sur son unique examen personnel d'une heure et sur les déclarations de l'expertisé, étant encore rappelé que ces dernières doivent être appréhendées avec circonspection d'après les constats des deux psychiatres l'ayant suivi.

Pour tous ces motifs, la chambre de céans considère que les conclusions du Dr L_____ quant à l'état de santé du recourant au jour de son examen ne sont pas convaincantes non plus, et que son rapport ne saurait se voir reconnaître une quelconque force probante.

6.3 Reste à examiner si les comptes-rendus de la Dre P_____ permettent de tirer des conclusions sur les troubles présentés par le recourant depuis le début de l'année 2024 et sur leurs répercussions sur la capacité de travail.

6.3.1 La psychiatre traitante a pris position sur les points litigieux importants et son analyse du cas, approfondie et détaillée, a été rendue en pleine connaissance du dossier, en tenant compte des plaintes de son patient, des rapports établis par les autres psychiatres et de ses constatations objectives au cours de son suivi régulier depuis janvier 2024. Elle a dûment justifié les diagnostics retenus en se référant à la CIM-10, bien décrit la symptomatologie présentée par son patient et les limitations fonctionnelles, et constaté l'incidence des atteintes à la santé sur la capacité de travail. Ses conclusions sont claires et dûment motivées.

Les rapports de la Dre P_____ répondent ainsi aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Par ailleurs, ils permettent l'examen des indicateurs développés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques et de dépendance à l'alcool.

S'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », il est rappelé que la psychiatre a confirmé le syndrome de dépendance à l'alcool retenu par le Dr C_____, n'a pas retrouvé le trouble dépressif considéré par son confrère comme étant en rémission en octobre 2022, et a diagnostiqué un trouble bipolaire, lequel avait déjà évoqué par le Dr C_____ qui avait toutefois retenu un état de stress post-traumatique. La Dre P_____ a considéré que les troubles psychiatriques étaient chroniques, sévères et invalidants, au vu des limitations fonctionnelles. Contrairement à l'avis de la Dre O_____, ces dernières n'apparaissent pas en amélioration, compte tenu de la labilité thymique marquée persistante avec une fluctuation rapide de l'humeur, d'une intolérance significative au stress même face à des sollicitations minimales, des difficultés d'adaptation et de gestion des activités de la vie quotidienne, d'une

surconsommation d'alcool, des troubles durables de l'attention, de la concentration et de la mémoire de travail, d'une désorganisation cognitive et émotionnelle dès que le cadre devenait structuré ou exigeant, d'une fatigabilité psychomotrice, d'irritabilité et d'impulsivité, de périodes prolongées de ruminations, de perte d'envie et d'initiative, de clinophilie. On ajoutera que la psychiatre traitante a précisé que l'amélioration de l'humeur constatée par son prédécesseur n'avait duré que quelques mois, avec un ré-effondrement en janvier 2022, et qu'elle a estimé, après étude des notes du Dr C_____, que le patient n'avait pas été en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle depuis le mois de janvier 2020. Les atteintes à la santé présentées par le recourant apparaissent ainsi graves et les symptômes sont prononcés.

Concernant le succès du traitement, la Dre P_____ a constaté que les symptômes persistaient malgré une prise en charge psychiatrique spécialisée régulière, un traitement psychotrope adapté et un suivi psychothérapeutique au long cours. Le suivi psychothérapeutique était régulier depuis 2021 avec un entretien tous les quinze jours, et la fréquence du suivi psychiatrique dépendait des besoins du patient. Elle pouvait atteindre une séance par semaine durant les périodes de crise avec des entretiens téléphoniques. La médication avait dû être adaptée à cause des effets secondaires, puis être modifiée en raison de l'insuffisance cardiaque et de la problématique hépatique, mais aussi des virages hypomanes et des symptômes de sevrage. Cette médication comprend notamment de la Quétiapine, neuroleptique prescrit pour les troubles bipolaires (cf. compendium.ch), et de l'Efexor, soit un antidépresseur (cf. compendium.ch). En outre, un suivi spécialisé a été instauré pour le syndrome de dépendance à l'alcool. Force est donc de constater qu'en dépit de l'adhésion du recourant au traitement et d'une prise en charge adéquate et rigoureuse, seules de brèves périodes d'accalmie ont pu être observées. Dans ces circonstances, la persistance des troubles, décrits comme sévères et chroniques, est un indice sérieux d'une atteinte invalidante à la santé.

Le recourant présente en outre d'importantes comorbidités, avec des pathologies physiques qui ont entraîné, à elles seules, une incapacité totale de travail de janvier 2022 à août 2023 et d'au moins 50% depuis lors. Les atteintes somatiques et psychiques interagissent entre elles selon les deux psychiatres traitants qui ont estimé que l'apparition des graves problèmes somatiques attestaient d'un épuisement total des ressources.

S'agissant de la personnalité et des ressources personnelles, il est rappelé que le recourant souffre d'un trouble bipolaire et d'une dépendance à l'alcool. La Dre P_____ a indiqué qu'il était dans le déni et que ses propos devaient être pris « avec des pincettes ». Elle a constaté un épuisement complet des ressources adaptatives, et indiqué que la consommation d'alcool était une des principales stratégies adaptatives et d'auto-régulation émotionnelle du recourant. Ce dernier

n'avait plus de capacité d'écoute active et ne pouvait pas créer une relation de confiance. Il présentait une altération de son contrôle émotionnel, de son jugement et de sa capacité de discernement. Il ne se projetait pas dans l'avenir ni dans aucune activité professionnelle ayant conscience de sa vulnérabilité psychique.

Concernant le contexte social, la Dre P_____ a constaté une tendance à la clinophilie et relevé une précarité sociale. Il appert que le recourant est dépendant de sa famille, en particulier de l'aide de ses parents qui vivent à la même adresse, pour assumer certaines activités du quotidien. À titre d'exemples, la psychiatre a mentionné que la mère du recourant avait organisé l'intervention d'une femme de ménage quatre fois par semaine en raison du « chaos » dans l'appartement, et que sa famille assurait les courses et le tri du courrier lorsqu'il passait des semaines sans sortir de son lit. En l'absence de toute ressources mobilisables, il ne saurait être considéré que la famille du recourant puisse lui suffire pour surmonter les répercussions de ses troubles psychiques sur sa capacité de travail.

Quant à la catégorie « cohérence », il ressort des rapports de la Dre P_____ que les atteintes à la santé se manifestent dans tous les domaines de la vie, avec d'importantes difficultés à gérer les activités courantes. L'intéressé est déstructuré au niveau de l'organisation de ses journées, manque de nombreux rendez-vous, passe des semaines au lit sans sortir. Il n'est rapporté aucun loisir, si ce n'est regarder des écrans selon le rapport du Dr L_____. En outre, les experts ont indiqué que les plaintes étaient cohérentes et plausibles, que seule la fatigue semblait « surdimensionnée ». Ils n'ont ainsi pas retenu d'exagération des symptômes ni d'autres manifestations analogues.

6.3.2 La Dre P_____ a dûment répondu aux critiques du SMR, lesquelles n'apparaissent pas fondées.

Il sera en particulier observé qu'il est inexact d'affirmer que la fréquence du suivi psychiatrique n'a pas évolué. Si les séances psychothérapeutiques se poursuivent au rythme d'une fois tous les 15 jours depuis 2021, les rendez-vous avec la psychiatre traitante sont fixés en fonction des besoins du recourant, qui peut la rencontrer jusqu'à une fois par semaine en sus des consultations téléphoniques.

Les conclusions de la Dre P_____ s'agissant de l'utilisation régulière de l'alcool, reconnue par le patient et observée cliniquement, sont argumentées et convaincantes. Le début d'une prise en charge spécialisée ne permet en aucun cas de conclure que le syndrome de dépendance ne prévaudrait plus. Il en va de même de la prescription d'une médication ciblée afin d'encourager le patient à diminuer sa consommation d'alcool et éviter les symptômes de sevrage, ou encore des brèves périodes de diminution de la consommation. La Dre P_____ a clairement retenu que les résultats des tests sanguins démontraient la consommation nuisible d'alcool, qui persistait. Que ces résultats puissent s'expliquer par une origine autre que toxique n'est pas propre à remettre en cause l'interprétation de la psychiatre traitante.

Pour le reste, la psychiatre traitante a réfuté les affirmations du SMR concernant son évaluation de la capacité de travail. Elle a souligné que son appréciation reposait exclusivement sur l'atteinte psychiatrique, sans prise en considération des troubles psychiques et des facteurs psychosociaux. Elle a expliqué que le recourant était incapable de maintenir une attention soutenue et une performance fiable dans la durée, présentait une intolérance au stress incompatible avec toute exigence professionnelle, même faible, se réfugiait dans l'alcool pour anesthésier le corps en cas de tension ou pour fuir les ruminations anxieuses, était incapable de s'adapter à un cadre structuré, de respecter des horaires et des consignes de manière constante, que ses fluctuations cliniques imprévisibles étaient incompatibles avec les exigences de régularité, de fiabilité et de rendement du marché du travail, qu'il présentait un épuisement durable de ses ressources adaptatives psychiques.

6.3.3 Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans fera siennes les conclusions de la Dre P_____, aux termes desquelles le recourant a présenté, au niveau psychique, une totale incapacité de travail depuis janvier 2020, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

6.4 En conséquence, le recourant a droit, depuis le 1^{er} mai 2021, à une rente d'invalidité entière, non limitée dans le temps.

6.5 Bien que cela n'ait aucune influence sur l'issue du litige, la chambre de céans observera, à toutes fins utiles, que l'intimé n'a pas suffisamment instruit la question du statut. Il semble en effet être parti du principe que le recourant devait se voir imputer un statut mixte, avec une part professionnelle de 90% et une part ménagère de 10%, dès lors que l'intéressé avait travaillé en dernier lieu à 90%. Toutefois, le recourant a allégué qu'il avait travaillé à 100% pendant des années, avant de réduire son taux à 80% pour s'occuper de ses enfants et de l'augmenter à 90% quelques années plus tard, ce qui est conforté par les variations qui ressortent de l'extrait de son compte individuel.

De plus, sans aucune explication, l'intimé a modifié les taux retenus dans les sphères ménagère et professionnelle. Le calcul du degré d'invalidité à l'échéance du délai d'attente, soit le 10 janvier 2021, tient compte des proportions 90/10, alors que pour la période postérieure au 22 août 2023, ces proportions sont de 80/20.

Enfin, aucune enquête ménagère n'a été mise en œuvre, alors que le rapport d'expertise met en évidence des difficultés dans la gestion des activités de la vie courante, avec la prise en charge du ménage par une personne tierce ou encore la prise des repas de midi chez ses parents.

7. Le recours sera admis, les décisions litigieuses réformées en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} mai 2021, non limitée dans le temps.

Le recourant, représenté par une avocate, obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'at. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'occurrence à CHF 3'000.-.

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. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

Préalablement

1. Joint les causes A/1124/2025, A/1125/2025, A/1126/2025 et A/1127/2025, sous le numéro A/1124/2025.

À la forme :

2. Déclare les recours recevables.

Au fond :

3. Les admet.
4. Réforme les décisions de l'intimé du 28 février 2025, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2021.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- au titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Joanna JODRY

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