

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1184/2025

ATAS/966/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 9 décembre 2025**

**Chambre 9**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représenté par l'office de protection de l'adulte (OPAd)

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente.**

---

**EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1980, est de nationalité suisse, divorcé depuis mai 2023 et père d'une fille née en 2012.

**b.** Par ordonnance du 19 août 2005, le Tribunal tutélaire, devenu le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TP AE) en 2013, a prononcé la curatelle volontaire de l'assuré, laquelle a été transformée par le TP AE en une mesure de curatelle de représentation en date du 16 janvier 2014.

**c.** Cette curatelle a été confiée au service de protection de l'adulte (ci-après : SPAd), renommé office de protection de l'adulte (ci-après : OPAd) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025.

**B. a.** Le 21 mai 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en indiquant qu'après avoir subi une déchirure des ligaments croisés des deux genoux, ceux-ci s'étaient « relâchés ». Il était incapable de travailler durant les périodes froides et humides de l'année, lorsque son activité professionnelle exigeait des mouvements au niveau des genoux. Son hyperactivité, pour laquelle il était suivi au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'empêchait quant à elle de rester concentré pendant de longues heures à un bureau.

L'assuré a mentionné avoir effectué un début d'apprentissage en maçonnerie de 1996 à 1997. Il a également indiqué avoir travaillé en qualité de magasinier et employé polyvalent pour le compte de la société B\_\_\_\_\_ SA de 2003 à 2006, puis en tant qu'employé polyvalent pour C\_\_\_\_\_ (anciennement : D\_\_\_\_\_ ) de 2006 à 2007.

**b.** Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2007, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, a informé l'OAI que l'assuré n'était plus suivi par le département de psychiatrie des HUG depuis le 12 mai 2006, de sorte qu'il ne pouvait pas évaluer sa situation.

**c.** Dans son rapport du 18 juin 2007, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a expliqué que l'assuré avait subi une déchirure du ligament croisé antérieur gauche en 1999, avant d'être opéré en 2001 et de connaître une rechute en 2002. Son ligament croisé antérieur droit s'était également déchiré en 2001, sans être opéré par la suite. L'assuré présentait ainsi un status après une reconstruction du ligament croisé antérieur et une ménisectomie partielle du genou gauche, une nouvelle déchirure du ligament croisé antérieur gauche non opérée et une déchirure du ligament croisé antérieur droit non opérée. Il souffrait de douleurs et d'une instabilité des deux genoux « à bascule ». Il s'était trouvé en incapacité de travail totale pendant environ six mois en 2001. Son état était stationnaire et sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales.

Selon le Dr F\_\_\_\_\_, les douleurs de l'assuré fluctuaient en fonction du terrain, des activités et de la météo. L'activité exercée était encore exigible, avec une probable diminution du rendement par moments.

**d.** En date du 5 novembre 2007, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé à l'OAI un rapport mentionnant que l'assuré présentait une double laxité antérieure des deux genoux dans un status six ans post-reconstruction du ligament croisé antérieur gauche. Aucune instabilité n'était rapportée, hormis quelques phénomènes de dérobements dont le nombre était inférieur à deux par an. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, il n'y avait pas lieu de réorienter le patient professionnellement dans la mesure où il pouvait réaliser sa profession sans difficulté, exception faite de douleurs très occasionnelles en cas de périodes froides et humides. Il n'y avait pas non plus matière à une rente.

**b.** Dans son rapport du 14 juillet 2008, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI que la demande de rente d'invalidité de l'assuré n'était plus d'actualité dans la mesure où celui-ci était en mesure de travailler à plein temps, ce pour une durée indéterminée. Il lui semblait toutefois judicieux d'attendre quelques mois avant de rendre une décision définitive, dès lors que son état demeurait fragile, surtout sur le plan relationnel.

**c.** Dans son rapport du 2 février 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (F98.8). Avec un traitement adéquat, cette atteinte ne l'empêchait pas d'exercer une activité professionnelle structurée, de sorte que sa capacité de travail demeurait entière. Le Dr H\_\_\_\_\_ a précisé que ce trouble avait provoqué un échec scolaire et des troubles de l'humeur, qui avaient été traités dans le cadre de consultations psychiatriques aux HUG. Depuis l'instauration d'un traitement de méthylphénidate (Concerta) au mois de décembre 2007, l'assuré avait évolué de façon satisfaisante et son état anxio-dépressif s'était amélioré.

**d.** Le 16 février 2009, l'assuré a retiré sa demande du 21 mai 2007.

**A. a.** Le 2 octobre 2023, l'assuré a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations, en mentionnant qu'il était suivi par le docteur I\_\_\_\_\_, médecin praticien, et par la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour un état anxieux, dépressif et hyperactif.

**b.** Dans son rapport du 21 novembre 2023, la Dre J\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré se trouvait de longue date en incapacité en travail, avec une notion anamnétique de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Après avoir divorcé en 2023, l'assuré avait souffert d'une décompensation anxieuse et dépressive. Il était également dépendant à l'alcool depuis longtemps, bien qu'actuellement abstinent, ainsi qu'au cannabis. D'un point de vue psychiatrique, l'assuré avait des limitations en lien avec les symptômes anxieux et les difficultés d'adaptation consécutifs à son divorce récent. Il souffrait également

de troubles cognitifs en lien avec une désafférentation et une consommation de cannabis régulière.

Les diagnostics retenus étaient les suivants : trouble hyperkinétique (perturbation de l'activité et de l'attention ; F90.0), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12), syndrome de dépendance à l'alcool (abstinent ; F10.23), anxiété généralisée (F41.1), un trouble délirant induit (F24) et un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25).

La Dre J\_\_\_\_\_ a précisé suivre l'assuré depuis le mois de mars 2023 à raison d'une fois par mois, en binôme médico-infirmier en psychiatrie. Sa médication consistait en un traitement de substitution de Seresta. L'assuré était « compliant », adapté et critique. Il disposait de bonnes capacités langagières, mais présentait une marginalisation et un repli social. Il n'était pas apte à suivre une mesure de réadaptation professionnelle adaptée à ses limitations et se trouvait en incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité concernée.

c. Dans son rapport du 4 décembre 2023, le Dr I\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré souffrait d'une décompensation anxieuse et dépressive à la suite de son divorce, et d'une dépendance de longue date à l'alcool (abstinence actuelle) ainsi qu'au cannabis. L'assuré présentait une humeur dépressive, des troubles de la concentration et était hyperactif. Le Dr I\_\_\_\_\_ retenait le diagnostic d'état anxieux et dépressif. L'incapacité de travail de l'assuré était totale, quelle que soit l'activité considérée, et son état psychique faisait obstacle à sa réinsertion professionnelle.

d. Le Dr I\_\_\_\_\_, dans un rapport du 29 avril 2024, a ajouté que l'assuré se plaignait de claustrophobie et d'agoraphobie. En raison de ses troubles du sommeil, il souffrait de somnolence diurne, d'asthénie, de fatigabilité, d'une légère inhibition psychomotrice avec une diminution des performances et de la productivité professionnelle, ainsi qu'une résistance réduite à l'effort physique et mental. Il présentait également des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire pouvant prédisposer aux erreurs ou même aux blessures. L'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_ relative à la capacité de travail de l'assuré demeurait la même.

e. Dans son rapport du 14 mai 2024, la Dre J\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré gérait mieux ses émotions et ses symptômes de THADA. Il était irritable, en agitation psychomotrice, présentait des symptômes d'hyperactivité et était incapable de focaliser son attention dans la durée. Le ménage et les activités de la vie quotidienne étaient possibles, l'assuré étant accompagné par une infirmière en psychiatrie à domicile.

La Dre J\_\_\_\_\_ relevait une amélioration thymique, une perte pondérale, un fonctionnement social difficile en lien avec son hyperactivité, une persistance des limitations des interactions sociales en raison de ses symptômes anxieux. Elle a

maintenu les diagnostics posés dans son précédent rapport et son appréciation de la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité et dans une activité adaptée.

**f.** Dans son avis médical du 11 juin 2024, le médecin du service médico-régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a indiqué qu'il doutait de la sévérité des atteintes à la santé de l'assuré et qu'il n'était pas en mesure de suivre les considérations de la Dre J\_\_\_\_\_ s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail, si bien que la réalisation d'une expertise psychiatrique lui paraissait nécessaire.

**g.** Le 19 août 2024, l'assuré a été examiné par le docteur K\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR.

Dans son rapport du 27 septembre 2024, le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu, au titre de diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité avec traits émotionnellement labiles type borderline et traits anxieux (F61.0), au titre de diagnostic associé, un trouble hyperkinétique, perturbation de l'activité et de l'attention, partiellement incapacitant pour certaines activités (F90.0) et, au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25) et liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20). Il a enfin relevé la présence d'une dysthymie (F34.0), en précisant que ce diagnostic n'avait jamais été durablement incapacitant.

Depuis le début de l'âge adulte, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de manutentionnaire au sein d'une équipe et avec une pression permanente de la hiérarchie était nulle, alors qu'elle était entière dans cette activité ou dans une autre si l'assuré pouvait évoluer de façon autonome ou dans un groupe restreint, sans pression permanente de la hiérarchie. L'assuré était également apte à suivre des mesures de réadaptation.

Le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu que les limitations fonctionnelles découlant du trouble de la personnalité mixte étaient les suivantes : impulsivité (en régression), irritabilité et instabilité surtout en situation de stress, difficultés à maintenir son attention et sa concentration ainsi qu'un manque d'estime de soi ancien pouvant amener l'assuré à se sentir rejeté ou mis de côté, surtout lorsqu'il travaille de manière permanente dans un groupe ou dans une équipe. Ce trouble avait pu entraîner des difficultés relationnelles avec la hiérarchie et les collègues dans certains emplois. Le manque d'estime de soi, lié aux traits anxieux, se conjugait à l'instabilité émotionnelle et rendait l'assuré susceptible et impulsif. S'agissant du trouble hyperkinétique, celui-ci ne permettait pas à l'assuré d'effectuer une activité sur ordinateur ou nécessitant une forme de concentration. Il était toutefois non incapacitant dans les différentes activités professionnelles passées de l'assuré.

Enfin, en raison de la désorganisation découlant de cette atteinte, l'assuré avait mis en place des stratégies d'organisation et de planification, même si celles-ci étaient imparfaites.

**h.** Dans une note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité datée du 3 octobre 2024, l'OAI a relevé que l'absence d'activité professionnelle avant l'atteinte à la santé ne correspondait pas à la volonté hypothétique de l'assuré et qu'il était plausible que celui-ci devrait travailler à temps plein pour subvenir à ses besoins, de sorte qu'un statut d'actif à 100% devait être retenu.

**i.** Le 19 décembre 2024, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a considéré que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées, dès lors que l'assuré disposait des compétences, des connaissances et des capacités pour prétendre à un emploi dans son ancien domaine ou dans un domaine parallèle, dans un groupe restreint et sans pression hiérarchique permanente. Une mesure professionnelle n'était pas nécessaire et ne serait pas de nature à réduire le dommage dans la mesure où l'assuré, sans activité professionnelle depuis plus de dix ans, n'était jamais parvenu à s'inscrire dans une démarche d'insertion professionnelle.

**j.** Le même jour, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité en indiquant que l'assuré, sans son atteinte à la santé, aurait continué à travailler dans des activités simples et répétitives dans différents secteurs d'activité comme le transport ou le commerce de détail. Il a ainsi retenu, au titre de revenu sans invalidité pour un plein temps, un salaire annuel de CHF 67'472.- en 2024, en se fondant sur les statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de 2022 (tableau TA1\_tirage\_skill\_level (secteur privé), ligne TOTAL), indexé au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (ci-après : ISS). Le même calcul a été effectué s'agissant du revenu d'invalidité, en tenant compte d'une réduction forfaitaire de 10%.

Le taux d'invalidité s'élevait ainsi à 10%.

**k.** Par projet de décision du 2 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, en se fondant sur le rapport du 27 septembre 2024 du Dr K\_\_\_\_\_ et en indiquant que le degré d'invalidité de 10% était trop faible pour donner droit à une rente. L'OAI a enfin estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, en reprenant l'argumentation de sa division de réadaptation professionnelle.

**l.** Le 6 février 2025, l'assuré, sous la plume de sa curatrice, a contesté le projet de décision de l'OAI, en soulignant que les Drs J\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ considéraient qu'il se trouvait en incapacité de travail totale en raison de ses troubles psychiques. Il avait tenté d'occuper des emplois à plusieurs reprises au sein de C\_\_\_\_\_, sans être capable de les conserver durablement. En outre, le psychiatre du SMR n'avait pas tenu compte de certains diagnostics figurant dans le rapport de la Dre J\_\_\_\_\_ du 14 mai 2025, à savoir les troubles anxieux généralisés

(F41.1), un trouble délirant induit (F24) et un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25). La combinaison des troubles psychiques dont souffrait l'assuré entraînait une incapacité de travail totale en raison de son instabilité émotionnelle, de ses comportements impulsifs et de ses difficultés de concentration.

À l'appui de ses déterminations, l'assuré a produit un nouveau rapport médical de la Dre J\_\_\_\_\_, daté du 30 janvier 2025, lequel mentionnait que l'assuré avait été suivi du 16 avril au 27 mai 2005 pour un trouble dépressif (F32.0) avec menaces suicidaires, au terme duquel un trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et l'attention avait été diagnostiqué (F90.0). En raison de ses difficultés d'attention et de concentration, l'assuré n'avait pas été en mesure de conserver un emploi plus de six à douze mois. Le traitement Concerta avait été interrompu, malgré son efficacité, en raison de l'apparition d'effets secondaires sous forme de tics du visage. Par ailleurs, l'intolérance à l'autorité hiérarchique n'était pas le problème principal de l'assuré, dès lors qu'il était incapable de faire face aux besoins d'adaptation, tant au niveau mental que comportemental, exigés par le cadre professionnel. Le suivi effectué par l'infirmière spécialisée en santé mentale permettait quant à lui une meilleure gestion des activités de la vie quotidienne et visait à éviter les rechutes ou les comportements à risque.

**m.** Dans son avis médical du 18 février 2025, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin du SMR, a estimé que les pièces produites par l'assuré n'étaient pas susceptibles de modifier l'appréciation contenue dans le rapport du 27 septembre 2024 du Dr K\_\_\_\_\_.

**n.** Par décision du 28 février 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations, en considérant que le rapport médical de la Dre J\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2025 n'était pas de nature à modifier sa précédente appréciation et que les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_ demeuraient valables.

- B. a.** Par acte du 3 avril 2025, l'assuré, sous la plume de sa curatrice, a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à l'audition des Drs J\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ainsi qu'à sa propre audition et, principalement, à l'annulation de la décision du 28 février 2025, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction à la suite du nouveau rapport d'expertise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

En substance, il a soutenu que le rapport médical du 27 septembre 2024 du SMR était dénué de valeur probante. Selon lui, l'examen effectué par le Dr K\_\_\_\_\_ s'était déroulé sur une période relativement courte et il existait une grande divergence entre les conclusions de ses médecins, qui estimaient que son incapacité de travail était totale quelle que soit l'activité considérée, et celles du médecin du SMR. Il était en outre arrivé une heure et demie en avance par rapport au rendez-vous d'expertise, ce qui témoignait d'une gestion difficile de son

emploi du temps et d'une planification excessive pour une tâche courante. Par ailleurs, son état de santé nécessitait une prise en charge thérapeutique pour accomplir ses activités quotidiennes, ce qui entraînait en contradiction avec les conclusions du SMR, qui indiquait que ses troubles n'entravaient pas lesdites activités. Une mesure de curatelle avait été instaurée en raison de l'incapacité du recourant à gérer seul ses affaires personnelles et administratives, laquelle était toujours nécessaire, ce qui démontrait que son atteinte psychique constituait un obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle. Le médecin du SMR avait ainsi sous-estimé la gravité de l'atteinte fonctionnelle engendrée par les troubles du recourant.

À l'appui de son recours, il a notamment produit le rapport médical du 5 mars 2025 de la Dre J\_\_\_\_\_, qui mentionnait que ses troubles de la concentration étaient à l'origine de ses échecs scolaires et professionnels. Le recourant éprouvait également des difficultés à porter des objets en raison de ses douleurs au dos. Depuis son sevrage d'alcool au début de l'année 2024 et l'introduction d'un suivi conjoint à domicile avec une infirmière en santé mentale, les symptômes d'hyperactivité étaient devenus davantage visibles. Selon elle, le diagnostic principal ayant un impact définitif sur la capacité de travail du recourant était un trouble hyperkinétique, perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0).

**b.** Par courrier du 8 avril 2025, l'intimé, déférant à une demande de la chambre de céans, lui a transmis le « *track and trace* » établi par la Poste en lien avec la décision querellée.

**c.** Par courrier du 16 avril 2025, la chambre de céans a informé le recourant que son recours était potentiellement tardif, dès lors qu'à teneur du « *track and trace* » de la Poste, la décision querellée lui avait été notifiée le 3 mars 2025. Un délai lui était ainsi imparti pour renseigner la chambre de céans sur la date à laquelle la décision lui avait été notifiée, respectivement sur les éventuelles circonstances qui l'avaient empêché d'agir dans le délai légal de 30 jours.

**d.** Le 22 avril 2025, l'intimé a conclu à l'irrecevabilité du recours, au motif que le délai de recours était arrivé à échéance le 2 avril 2025 au plus tard. Sur le fond, l'intimé a considéré que le rapport du SMR du 27 septembre 2024 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

À l'appui de sa correspondance, l'intimé a produit le rapport du 15 avril 2025 établi par le Dr L\_\_\_\_\_, médecin du SMR, lequel s'est déclaré surpris, s'agissant des douleurs dorsales, par la présence d'une atteinte non étayée, alors que le recourant pratiquait un sport de combat, avait commencé une formation de maçon et avait travaillé comme magasinier. Il a également remarqué que la Dre J\_\_\_\_\_ ne rapportait pas de nouveau status clinique, ni d'aggravation, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_.

e. En date du 23 avril 2025, le recourant a indiqué à la chambre de céans qu'il avait reçu la décision du 28 février 2025 en date du 4 mars suivant, en précisant que le numéro de recommandé figurant sur le « *track and trace* » communiqué par l'intimé ne correspondait pas à celui qui figurait sur l'enveloppe contenant la décision querellée. Dans ces conditions, le recours devait être déclaré recevable.

f. Par courrier du 5 mai 2025, l'intimé a admis qu'il avait vraisemblablement confondu le numéro de recommandé de la décision litigieuse avec celui d'une décision concernant un autre assuré. La décision litigieuse ayant été distribuée au recourant le 4 mars 2025, le recours n'était pas tardif. Il a toutefois maintenu ses conclusions au fond.

g. Par courrier du 30 mai 2025, le recourant a indiqué à la chambre de céans qu'il n'avait pas d'éléments supplémentaires à lui faire parvenir et qu'il persistait dans ses conclusions.

h. Ce courrier a été transmis à l'intimé par la chambre de céans.

i. Le 1<sup>er</sup> juillet 2025, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.

j. Par courrier du 13 novembre 2025, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que le projet de mission d'expertise comprenant les questions qu'elle avait l'intention de lui poser. Un délai leur était imparti pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation et se déterminer sur les questions posées.

k. Par pli du 24 novembre 2025, l'intimé a indiqué qu'il n'existait pas de motifs justifiant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, de sorte qu'il s'opposait à une telle mesure. Si la chambre de céans devait persister dans son intention d'ordonner ladite expertise, elle n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre de l'expert annoncé, ni de questions supplémentaires à poser.

Était joint à cette écriture un avis du SMR du 19 novembre 2025, dans lequel ce dernier indiquait avoir pris connaissance du projet de mission d'expertise et n'avoir aucune question supplémentaire à ajouter.

l. Le 26 novembre 2025, le recourant a informé la chambre de céans qu'il n'avait aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert, ni aucune détermination en lien avec les questions posées à ce dernier.

m. Ces écritures ont été transmises aux parties.

## **EN DROIT**

### **1.**

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

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

**1.2** Le 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]).

En l'occurrence, il ressort du « *track and trace* » relatif à la décision querellée que le recourant a reçu celle-ci en date du 4 mars 2025, l'intimé ayant du reste admis avoir confondu deux numéros de recommandé s'agissant du « *track and trace* » qu'il a initialement produit et qui mentionnait que le recourant avait reçu la décision du 28 février 2025 en date du 3 mars suivant.

Il est ainsi établi que le recourant a reçu la décision du 28 février 2025 en date du 4 mars 2025, de sorte qu'en recourant contre celle-ci en date du 3 avril 2025, il a respecté le délai légal de recours de 30 jours.

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.
- 3.

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sont entrées en vigueur 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).

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 (*cf.* 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<sup>er</sup> 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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

**3.2** En l'espèce, le droit éventuel du recourant à une rente est né au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), à savoir le 1<sup>er</sup> avril 2024, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

- 4.

**4.1** L'art. 8 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter 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 sa 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).

**4.2** À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI précise qu'une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> n'ont pas été épuisées.

En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

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 28 al. 2 LAI).

**4.3** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'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 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**4.3.1** Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a 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 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 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

**4.3.2** 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 (cf. 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).

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 relatives aux 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 (cf. 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*

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois 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 (*cf.* 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 ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Etant 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). À ce

titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

#### 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 (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons 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.

**5.1** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit

examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

**5.2** Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2 et 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

**5.3** Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il

convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**5.4** S'agissant de la valeur probante des rapports des SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, le Tribunal fédéral considère qu'elle est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Toutefois, les offices AI devraient toujours ordonner des expertises externes lorsque le caractère interdisciplinaire d'une situation médicale problématique l'exige, lorsque le SMR ne dispose pas des ressources professionnelles nécessaires pour pouvoir répondre à une question qui se pose ou lorsqu'il existe une divergence entre le rapport du SMR et la teneur générale du dossier médical, divergence qui ne reposerait pas sur des prémisses différentes dues à la conception bio-psycho-sociale de la maladie, répandue en médecine et qui est plus large que la notion d'atteinte à la santé en droit des assurances sociales (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence).

**5.5** 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 (*cf.* 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).

**5.6** 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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement

vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

**6.**

**6.1** 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 139 V 176 consid. 5.3).

**6.2** 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).

**7.**

**7.1** En l'espèce, l'intimé a dénié au recourant le droit à une rente d'invalidité en se fondant sur les conclusions du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2024. Il a en effet retenu, dans sa décision du 28 février 2025, que l'incapacité de travail du recourant était totale dans son activité habituelle de manutentionnaire au sein d'une équipe et avec une pression permanente de la hiérarchie, ce dès le début de l'âge adulte. À compter de cette même date, il était toutefois en mesure de

travailler à temps plein dans une activité adaptée à son état de santé, à savoir en autonomie ou dans un groupe restreint, sans pression hiérarchique. En procédant à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'intimé est parvenu à un taux d'invalidité de 10%, inférieur au pourcentage minimal de 40% ouvrant le droit à une rente.

Le recourant conteste la valeur probante du rapport du Dr K\_\_\_\_\_, singulièrement au motif que ce dernier aurait sous-estimé la gravité de l'atteinte fonctionnelle engendrée par ses troubles. Il se réfère, à l'appui de ses critiques, aux rapports médicaux établis par ses médecins traitants.

Il convient ainsi d'examiner la valeur probante du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2024.

**7.2** Le 19 août 2024, le Dr K\_\_\_\_\_ a procédé, durant 1h45, à un examen du recourant en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI.

La chambre de céans observe que le rapport découlant de cet examen contient un résumé des rapports médicaux figurant au dossier, une anamnèse, les plaintes psychiatriques du recourant et la description de sa vie quotidienne. Le psychiatre du SMR a également décrit le status psychiatrique du recourant, posé des diagnostics fondés sur le CIM et apprécié le cas en expliquant pour quelles raisons il retenait lesdits diagnostics. Enfin, il a énuméré les différentes limitations fonctionnelles du recourant et a déterminé sa capacité de travail dans son activité antérieure et dans une activité adaptée.

Le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2024 répond ainsi, sur le plan formel, aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Sur le fond, bien que le Dr K\_\_\_\_\_ n'ait pas formellement repris, dans l'ordre, le catalogue des indicateurs de la procédure probatoire structurée désormais requise par la jurisprudence au sens de l'ATF 141 V 281, il appert que les différents indicateurs ont été discutés et analysés par le psychiatre du SMR.

Le Dr K\_\_\_\_\_ a ainsi retenu, au titre de diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité avec traits émotionnellement labiles type borderline et traits anxieux (F61.0) et, au titre de diagnostic associé, un trouble hyperkinétique, perturbation de l'activité et de l'attention, partiellement incapacitant pour certaines activités (F90.0). S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a constaté la présence de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25) et liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20). Il a enfin relevé la présence d'une dysthymie (F34.0), en précisant que ce diagnostic n'avait jamais été durablement incapacitant.

Selon le psychiatre du SMR, depuis le début de l'âge adulte, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de manutentionnaire au sein d'une

équipe et avec une pression permanente de la hiérarchie était nulle, alors qu'elle était entière dans son activité habituelle ou dans une autre si l'assuré pouvait évoluer de façon autonome ou dans un groupe restreint, sans pression permanente de la hiérarchie. Le recourant était également apte à suivre des mesures de réadaptation.

Enfin, le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu que les limitations fonctionnelles découlant du trouble de la personnalité mixte étaient les suivantes : impulsivité (en régression), irritabilité et instabilité surtout en situation de stress, difficultés à maintenir son attention et sa concentration, un manque d'estime de soi ancien pouvant amener le recourant à se sentir rejeté ou mis de côté, surtout lorsqu'il travaille de manière permanente dans un groupe ou dans une équipe. Selon le psychiatre du SMR, ce trouble avait pu entraîner des difficultés relationnelles avec la hiérarchie et les collègues dans certains emplois. Le manque d'estime de soi, lié aux traits anxieux, se conjugait à l'instabilité émotionnelle et rendait le recourant susceptible et impulsif. S'agissant du trouble hyperkinétique, celui-ci ne permettait pas à l'assuré d'effectuer une activité sur ordinateur ou nécessitant une forme de concentration. Il était toutefois non incapacitant dans les différentes activités professionnelles passées de l'assuré. Enfin, en raison de la désorganisation découlant de cette atteinte, l'assuré avait mis en place des stratégies d'organisation et de planification, même si celles-ci étaient imparfaites.

**7.3** La chambre de céans considère que le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ est critiquable à plusieurs égards, notamment s'agissant de l'analyse de l'impact du trouble hyperkinétique sur la capacité de travail du recourant.

Tout d'abord, le psychiatre du SMR a indiqué qu'il n'avait pas objectivé de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire pendant l'examen. À ce propos, il convient de souligner que la Dre J\_\_\_\_\_, dans son rapport du 14 mai 2024, a mentionné que le recourant se trouvait dans l'incapacité de focaliser son attention dans la durée. Or, l'examen conduit par le Dr K\_\_\_\_\_ n'a duré qu'1h45. Bien que selon la jurisprudence, la durée de l'examen – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical –, ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré dans un délai relativement bref (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_660/2021 du 30 novembre 2022 consid. 5.3.4 et les références), il n'en demeure pas moins qu'un examen de la durée précitée paraît insuffisant pour déterminer si le recourant est en mesure de conserver sa faculté d'attention durant une demi-journée ou une journée entière.

Par ailleurs, le Dr K\_\_\_\_\_ a estimé que les éléments issus du contexte psychosocial et de la vie quotidienne du recourant permettaient de constater que ses ressources disponibles ou mobilisables, de même que son autonomie quotidienne, étaient globalement conservées, en soulignant que même si son organisation demeurait imparfaite, il s'organisait seul pour assurer la quasi-totalité

des tâches ménagères, et qu'il avait été en mesure, après son divorce, de se sevrer et d'accueillir sa fille presque tous les soirs.

Il appert toutefois que le psychiatre du SMR n'a pas tenu compte du fait que le rapport de la Dre J\_\_\_\_\_ du 14 mai 2024 mentionne que le recourant est suivi par une infirmière en psychiatrie à domicile, notamment en vue de la structuration de son quotidien et de l'accomplissement de ses activités habituelles. Cet élément est en effet totalement absent de l'analyse relative à l'impact du trouble hyperkinétique sur les activités ménagères du recourant et sur les ressources dont il dispose à cet égard. Or, dans la mesure où le recourant bénéficie du suivi d'une infirmière spécialisée en psychiatrie pour l'aider à gérer ses activités de la vie quotidienne, il est permis de douter du fait que son trouble hyperkinétique ne serait pas incapacitant concernant les activités professionnelles qu'il a effectuées par le passé, même si celles-ci ne nécessitaient pas une attention et une concentration soutenues.

À ce propos, le psychiatre du SMR se réfère notamment à l'opinion du Dr H\_\_\_\_\_ pour en inférer que le trouble hyperkinétique du recourant n'a jamais été incapacitant dans le contexte des activités professionnelles que celui-ci avait effectuées.

Il est vrai que le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 2 février 2009, que le recourant souffrait d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (F98.8) et que cette atteinte ne l'empêchait pas d'exercer une activité professionnelle structurée, de sorte que sa capacité de travail demeurait entière. Le Dr H\_\_\_\_\_ a toutefois précisé que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail « avec un traitement adéquat », ce qui était précisément le cas à l'époque à laquelle le Dr H\_\_\_\_\_ le suivait. Son rapport mentionne en effet que le recourant, depuis l'instauration d'un traitement de méthylphénidate (selon le Compendium Suisse des médicaments : psychostimulant utilisé en cas de TDAH) au mois de décembre 2007, avait évolué de façon satisfaisante et que son état anxio-dépressif s'était amélioré.

À cet égard, l'expert estime que les psychostimulants pris par le recourant, à savoir la Ritaline et le Concerta, n'ont eu qu'une efficacité très partielle et que l'arrêt du Concerta, en 2003 n'a eu que peu d'impact sur sa capacité de travail. Il ressort pourtant du rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 2 février 2009 que le recourant bénéficiait encore à cette époque d'un traitement à base de Concerta, étant en outre précisé que le peu d'impact de l'arrêt de ce traitement a été rapporté par le recourant lui-même, et non par l'un de ses médecins. En outre, dans son rapport du 5 mars 2025, la Dre J\_\_\_\_\_ a indiqué que l'utilisation du Concerta avait été interrompue en raison de l'apparition d'effets secondaires. Partant, dans la mesure où la médication actuelle du recourant est uniquement constituée de Temesta, médicament anxiolytique, le psychiatre du SMR aurait dû déterminer si le trouble hyperkinétique ne déployait pas ses effets dans une mesure plus incapacitante

compte tenu du fait que la médication permettant au recourant de travailler à plein temps et mentionnée par le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait pas pu être maintenue.

Enfin, le Dr K\_\_\_\_\_ a estimé que les difficultés relationnelles du recourant ont été à l'origine de ses différentes ruptures professionnelles. La Dre J\_\_\_\_\_ est cependant d'avis que l'incapacité du recourant à conserver un emploi durablement est due à ses difficultés de concentration, sa dispersion mentale et son inattention.

À cet égard, il convient de relever que selon le rapport médical du Dr H\_\_\_\_\_ du 2 février 2009, le trouble hyperkinétique a causé l'échec scolaire du recourant, ce qui tend à plutôt confirmer l'avis de la Dre J\_\_\_\_\_. Il ressort en outre de l'anamnèse professionnelle du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ que le recourant n'a indiqué avoir été licencié en raison de problèmes relationnels que pour l'une de ses activités professionnelles.

Au vu de ce qui précède, il ne saurait être retenu, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que le trouble hyperkinétique du recourant serait non incapacitant s'agissant des différentes activités professionnelles qu'il a effectuées.

Par ailleurs, la chambre de céans constate que le Dr K\_\_\_\_\_ n'a pas explicitement indiqué pour quelles raisons il ne reprenait pas certains des diagnostics posés par la Dre J\_\_\_\_\_, à savoir une anxiété généralisée (F41.1), un trouble délirant induit (F24) et un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25).

Concernant l'anxiété généralisée, les traits anxieux du recourant ont pourtant été relevés par le psychiatre du SMR dans son analyse du trouble de la personnalité mixte, dès lors que le recourant présente selon lui un « sentiment récurrent de tensions ou d'appréhension depuis qu'il est jeune, accentué lorsqu'il doit faire des tâches minutieuses ou se concentrer ». S'agissant du trouble délirant induit, le psychiatre du SMR s'est contenté d'indiquer, dans la partie du status psychiatrique, que le recourant ne présentait pas d'idées délirantes. Le trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites n'a quant à lui pas été analysé par le Dr K\_\_\_\_\_.

Compte tenu de ce qui précède, le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ ne peut pas se voir reconnaître une pleine valeur probante.

8. Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale et d'ordonner une expertise judiciaire afin de clarifier les points précités et leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant.

Une expertise judiciaire est donc ordonnée et confiée au docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

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

### **Statuant préparatoirement**

I. Ordonne une expertise psychiatrique du recourant.

Commet à ces fins le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, c/o Centre N\_\_\_\_\_(N\_\_\_\_\_), Route O\_\_\_\_\_, à P\_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier la docteur J\_\_\_\_\_.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

**1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**

**2. Plaintes de la personne expertisée**

**3. Status clinique et constatations objectives**

**4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.5 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert,

allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.6 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

## **5. Limitations fonctionnelles**

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

## **6. Cohérence**

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

## **7. Personnalité**

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

## **8. Ressources**

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

## **9. Capacité de travail**

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

## **10. Traitement**

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.2 Solliciter un contrôle de l'adhésion médicamenteuse avec l'interprétation clinique des résultats.

10.3 Comment le traitement de la personne expertisée a évolué depuis son suivi avec la psychiatre traitante, la Dre J\_\_\_\_\_ ?

- 10.4 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 10.5 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
- 10.6 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

**11. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec les avis de la Dre J\_\_\_\_\_ des 21 novembre 2023, 14 mai 2024, 30 janvier et 5 mars 2025 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une incapacité totale de travail ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2024 ? En particulier avec l'estimation d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?

**12.** Quel est le pronostic ?

**13.** Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

**14.** Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

*Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le*