

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1460/2024

ATAS/728/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 août 2026

Chambre 10

En la cause

A_____,
représenté par Me Eric MAUGUE, avocat

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Saskia BERENS TOGNI et
Pierre-Bernard PETITAT, juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1966, marié et père de deux enfants, a travaillé en tant que chauffeur de personnes à mobilité réduite pour la fondation B_____ (ci-après : l'employeur) à compter du 26 février 2009.

b. Le 6 janvier 2017, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a réceptionné un formulaire de demande de prestations d'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes rempli par l'assuré, indiquant un état anxieux et dépressif, ainsi qu'une hypotension orthostatique depuis 2006, et une incapacité de travail complète entre les 24 juin et 19 octobre 2016 et de 50% dès le 20 octobre 2016.

c. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli plusieurs documents médicaux, faisant notamment état :

- d'une hypotension orthostatique avec épisodes de lipothymie, d'une lombo-sciatalgie gauche, d'un névrome de Morton au pied gauche (*cf.* rapport du 25 janvier 2017 de la docteure C_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitante de l'assuré) ;
- d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.3 ; *cf.* rapport du 20 mars 2017 du docteur D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) ;
- d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, « en forte rémission » (F33.1 ; *cf.* rapport d'expertise du 28 juin 2017 du docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à la suite d'une expertise diligentée par l'assurance perte de gain de l'employeur, faisant suite à une première expertise du 3 février 2017 de ce médecin, dans laquelle la rémission était qualifiée de partielle).

d. Le 1^{er} septembre 2017, l'assuré a repris son activité habituelle au taux de 100%.

e. Selon un rapport du 16 avril 2018, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a considéré qu'au vu de la bonne évolution du trouble dépressif, l'incapacité de travail de l'assuré dans l'ancienne activité avait été « nulle » du 24 juin au 19 octobre 2016, puis était « redevenue à 50% » à partir du 20 octobre 2016. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était complète à partir du 20 octobre 2016, date de la reprise à 50% dans l'ancienne activité.

f. Par décision du 2 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 mai 2018 et refusé d'accorder une rente d'invalidité à l'assuré au motif que sa perte de gain était nulle.

L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

- B.**
- a.** Le 19 avril 2021, occupé au lavage de son véhicule et alors que le coffre était ouvert, l'assuré a glissé et reçu la portière du coffre sur la nuque en voulant s'y retenir.
 - b.** Les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA, caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : SUVA).
 - c.** Le 23 novembre 2021, l'OAI a reçu un formulaire de détection précoce rempli par l'employeur, faisant état d'une incapacité de travail complète de l'assuré à compter du 19 avril 2021. L'assuré se plaignait de céphalées et de vertiges rotatoires quotidiens, et de troubles sensitifs plus focaux en distalité de la jambe gauche. Il souffrait également d'une presbyacousie légèrement prédominante à gauche.
 - d.** Par décision du 10 décembre 2021, confirmée sur opposition le 4 mars 2022, la SUVA a cessé de verser ses prestations avec effet au 14 novembre 2021.
- Saisie d'un recours contre cette décision, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) l'a rejeté par arrêt du 31 janvier 2023 (ATAS/51/2023).
- e.** Le 13 décembre 2021, l'assuré est tombé dans les escaliers. Selon le rapport initial LAA du 4 avril 2022, il a chuté sur le côté, le genou et la cheville gauches, et a subi un choc sur l'épaule gauche, en fin de chute sur un pilier, entraînant des douleurs à ces articulations.
 - f.** L'intéressé a interrompu son activité en tant que chauffeur à la suite de cet événement et la SUVA a pris le cas en charge.
- C.**
- a.** Le 23 décembre 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de céphalées, de vertiges, de cervicalgies, de lombalgies, de douleurs aux épaules et à la cheville gauche, d'un état anxieux et dépressif, ainsi que d'une incapacité de travail complète depuis le 19 avril 2021.
 - b.** L'OAI a récolté plusieurs documents médicaux, dont :
 - une copie du dossier de la SUVA concernant les événements des 19 avril et 13 décembre 2021 ;
 - un rapport du 11 janvier 2022 de la docteure F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante de l'assuré en charge du suivi psychiatrique depuis le 22 novembre 2021, posant, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et une personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30) ; à titre de diagnostic n'ayant pas de répercussion sur ladite capacité, était retenu un trouble obsessionnel-compulsif, avec comportements compulsifs au premier plan (F42.1) ; les limitations fonctionnelles étaient une humeur dépressive, une labilité émotionnelle, une anxiété importante, une difficulté à gérer le

stress et à accepter les contraintes, ainsi qu'une fatigabilité accrue et une grande difficulté à se concentrer ; l'incapacité de travail était totale et le pronostic était réservé ;

- des rapports des 27 janvier et 9 août 2022 de la Dre C_____, mentionnant les diagnostics de cervicalgie, de dorso-lombalgie, de céphalées *post-traumatiques*, de contusions du genou gauche et de l'épaule gauche, d'entorse de la cheville ipsilatérale et d'un état anxieux et dépressif ; le pronostic était réservé ; à cause de la symptomatologie somato-psychique précitée, l'assuré était en incapacité totale de travail depuis son premier accident du 19 avril 2021 ;
- des rapports des 4 et 11 février 2022 du docteur G_____, spécialiste en radiologie, à la suite d'une radiographie de la colonne lombaire et de la colonne cervicale, ainsi que d'imageries par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombo-sacrée, sacro-iliaque, du genou et de la cheville gauches ;
- des rapports du 22 avril 2022 du docteur H_____, spécialiste en radiologie, à la suite d'un CT (pour *Computed Tomography*) scan cérébral et de radiographies de la colonne cervicale, dorsale et lombaire ;
- des rapports du 15 juin 2022 du docteur I_____, spécialiste en radiologie, consécutif à une radiographie et à une IRM du pied gauche ;
- un rapport du 7 juillet 2022 du docteur J_____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil moteur ;
- un rapport du 11 juillet 2022 de la Dre F_____, retenant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), une personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30) et un trouble obsessionnel compulsif, avec comportements compulsifs au premier plan (F42.1) ; au vu de la fragilité de l'état psychique de l'assuré, son incapacité de travail était de 100% ; il présentait une humeur dépressive et changeante, des angoisses, une fatigabilité importante, une anhédonie, des difficultés de concentration et de mémorisation, une incapacité à gérer le stress, ainsi que des difficultés à accepter l'autorité, et à écouter des critiques et se remettre en question ; les plaintes somatiques étaient au premier plan et comprenaient des douleurs dans les jambes, le dos, les cervicales et le pied ; l'assuré n'arrivait pas à rester longtemps dans une position ; l'évolution de l'état de santé psychologique était lente et très progressive ;
- un rapport du 9 juillet 2022 du docteur K_____, spécialiste en neurologie, retenant des céphalées et vertiges *post-traumatiques* chroniques sans répercussion sur la capacité de travail.

c. Les rapports de travail entre l'assuré et son employeur ont pris fin au 31 mai 2022 (*cf.* questionnaire du 7 mars 2022 rempli par l'employeur).

d. Dans un avis du 7 septembre 2022, le docteur L_____, médecin au SMR, a retenu que l'assuré, connu pour un diabète de type 2, une hypercholestérolémie et une hypotension orthostatique traités, avait présenté une symptomatologie douloureuse persistante avec des céphalées, des cervico-brachialgies, des gonalgies, des douleurs à la cheville et au pied, des lombo-sciatalgies gauches avec Lasègue positif, à la suite des accidents des 19 avril et 13 décembre 2021, associée à des vertiges et des acouphènes connus de longue date pour lesquelles il avait bénéficié d'un traitement antalgique. L'évolution était peu favorable et avait été marquée sur le plan psychiatrique par l'apparition d'une symptomatologie anxio-dépressive dès novembre 2021, traitée par un suivi psychothérapeutique et sur le plan pharmacologique. Il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail et son évolution, ni d'apprécier la sévérité et la notion de durabilité des limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes neurologiques, rhumatologiques et psychiatriques. Une expertise pluridisciplinaire neurologique, rhumatologique et psychiatrique était préconisée.

e. Par décision du 27 septembre 2022, confirmée sur opposition le 24 février 2023, la SUVA a mis fin à ses prestations au 30 septembre 2022.

À la suite d'un recours interjeté par l'assuré, la chambre de céans a confirmé cette décision par arrêt du 2 avril 2024 (ATAS/227/2024).

f. L'OAI a confié un mandat d'expertise au centre d'expertise M_____ SA. Dans leur rapport reçu par l'OAI le 5 juin 2023, les docteurs N_____, spécialiste en médecine interne générale, O_____, spécialiste en neurologie, P_____, psychiatre, et Q_____, rhumatologue, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), des cervicalgies sans irradiation dans les membres supérieurs sur une discopathie (M54.2), des lombalgies sans irradiation dans les membres inférieurs sur une discopathie (M54.5), des douleurs du genou gauche sur une très légère atteinte dégénérative fémoro-tibial interne (M17), des douleurs du pied gauche sur une très légère atteinte dégénérative du premier orteil gauche (M19.87), des douleurs de la hanche gauche sur une atteinte dégénérative modérée (M16), des apnées du sommeil de degré modéré avec un score d'Epworth pathologique à 12/24 (G47.3), un diabète de type 2 déséquilibré actuellement (E11), un status après un traumatisme crânien (NA0Z) avec une commotion cérébrale (NA07.0) et une possible perte de connaissance le 19 avril 2021, des vertiges ressentis (AB32.0) sans dysfonction vestibulaire possiblement en relation avec une distorsion cervicale, en voie de résolution, et des céphalées après un traumatisme crânien (8A84.Y) de faible prévalence et de faible intensité. Les limitations fonctionnelles comprenaient, sur le plan rhumatologique, l'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, le port de charge proche du corps limité à 10 kg, le porte-à-faux du buste, les positions à genoux ou accroupie, le travail en hauteur, les montées et descentes d'escaliers répétées. Au niveau psychiatrique, une activité adaptée impliquait un travail répétitif, sans prise de décision immédiate, sans traitement

d'information simultanée et sans conduite automobile professionnelle. Sur le plan de la médecine interne, les limitations fonctionnelles concernaient la fatigabilité, le travail de chauffeur professionnel et l'endormissement diurne. Dans l'activité habituelle de chauffeur, la capacité de travail était nulle dès juin 2016 sur le plan psychiatrique, entière depuis toujours sur le plan neurologique, et nulle depuis le 1^{er} mai 2023, date de la polygraphie nocturne, sur le plan de la médecine interne. En consensus, elle était donc nulle depuis le mois de juin 2016. Dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été entière pour toutes les disciplines jusqu'au mois de juin 2016. Elle s'était ensuite élevée à 50% sur le plan psychiatrique de juin 2016 à octobre 2017, à 100% d'octobre 2017 à avril 2021 pour toutes les disciplines, à 50% à partir du mois d'avril 2021 pour des raisons psychiatriques, et à 80% dès le 1^{er} mai 2023 du point de vue de la médecine interne. Ainsi, ladite capacité de travail retenue était de 50% de juin 2016 à octobre 2017, de 100% d'octobre 2017 à avril 2021, et de 50% dès avril 2021.

g. Par avis du 13 juin 2023, le docteur R_____, médecin du SMR, a retenu, à titre d'atteinte principale, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), et comme autres atteintes, des apnées du sommeil de degré modéré, avec un score d'Epworth pathologique à 12/24 (G47.3), des cervicalgies sans irradiation dans les membres supérieurs sur une discopathie (M54.2) et des lombalgies sans irradiation dans les membres inférieurs sur une discopathie (M54.5). La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis avril 2021. Dans une activité adaptée, elle avait été nulle à partir du mois d'avril 2021, puis de 50% dès novembre 2021. Les limitations fonctionnelles concernaient, au niveau psychiatrique, le travail répétitif, la prise de décision immédiate, le traitement d'information simultanée et la conduite automobile professionnelle ; au niveau de la médecine interne, la fatigabilité, le travail de chauffeur professionnel, l'endormissement diurne ; au niveau rhumatologique, l'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, le port de charge proche du corps limité à 10 kg, le porte-à-faux du buste, les positions à genoux ou accroupie, le travail en hauteur, et les montées et descentes d'escalier répétées. Le SMR faisait siennes les conclusions des experts sur le plan somatique, mais non celles de l'expert psychiatre. D'une part, ce dernier avait pris en compte la période précédant la décision de refus de rente entrée en force le 2 juillet 2018, d'autre part, ses conclusions ne tenaient pas compte des diagnostics de la psychiatre traitante, qui avait qualifié le trouble dépressif récurrent d'épisode sévère lors de sa prise en charge en novembre 2021 et avait retenu une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif. Dans son rapport du 11 janvier 2022, cette médecin avait estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, et elle avait soutenu une demande de rente ou de réadaptation. Le SMR retenait en revanche le diagnostic posé durant l'expertise de trouble dépressif récurrent d'épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Ainsi, la capacité de travail était nulle dans l'activité de chauffeur dès avril 2021, date de la rechute dépressive consécutive à l'accident du 19 avril 2021. Dans une

fonction adaptée, la capacité de travail avait été de 0% dès avril 2021 et de 50% dès novembre 2021, date du début de la prise en charge de la Dre F_____.

h. Par projet de décision du 4 août 2023, l'OAI a conclu que l'assuré avait droit à une rente s'élevant à 56% d'une rente entière d'invalidité et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

i. Par courrier du 13 septembre 2023, l'assuré, représenté par un avocat, s'est opposé à ce projet, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Il contestait la valeur probante de l'expertise, en particulier le volet psychiatrique. L'incapacité de travail retenue à concurrence de 50% semblait minimisée.

j. Par décision du 15 mars 2024, l'OAI a accordé à l'assuré une rente s'élevant à 56% d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2022 au 31 décembre 2023. Dès le 1^{er} janvier 2024, il avait droit à une rente de 61% d'une rente entière d'invalidité. Il a retenu que l'incapacité de travail était totale dans toute activité depuis le mois d'avril 2021, mais que l'intéressé était apte à exercer un travail adapté à 50% depuis le mois de novembre 2021. La comparaison des gains sans invalidité (CHF 67'489.-) et avec invalidité (CHF 29'686.-) révélait une perte de gain de 56.01%, ouvrant le droit à la rente à compter du 1^{er} juin 2022, étant rappelé que la demande avait été déposée tardivement, soit le 23 décembre 2021. Compte tenu de la déduction forfaitaire de 20% appliquée dès le 1^{er} janvier 2024 à la suite d'une modification réglementaire, le gain d'invalidité était revu à la baisse (CHF 62'388.-) et la perte de gain fixée à 61%.

- D. a.** Par acte du 30 avril 2024, l'assuré, représenté par son avocat, a interjeté recours auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 15 mars 2024, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2022, avec intérêts moratoires à 5% l'an sur les arriérés dès le 24^e mois suivant l'exigibilité. Préalablement, il sollicitait la production de l'intégralité de son dossier, l'audition des parties et de la Dre F_____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le recourant a contesté les conclusions de l'expertise psychiatrique, faisant valoir plusieurs contradictions et erreurs d'appréciation relevées par sa psychiatre traitante, et rappelé que l'avis du SMR du 13 juin 2023 s'écartait de l'appréciation du Dr P_____, en ce sens que le SMR avait estimé, d'une part, que sa capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 50% à compter du mois de novembre 2021 seulement et non pas dès le mois d'avril 2021 et, d'autre part, qu'il convenait de tenir compte du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques retenu par sa psychiatre traitante.

Il a notamment produit un rapport du 16 janvier 2024 de la Dre F_____, laquelle a contesté le diagnostic et la capacité de travail retenus par l'expert, soulevant des erreurs d'appréciation et des incohérences. Elle a expliqué et argumenté les raisons pour lesquelles elle concluait à un trouble dépressif récurrent, épisode

actuel sévère avec symptômes psychotiques, à un trouble obsessionnel compulsif et à une personnalité émotionnelle labile, type impulsif. Les limitations fonctionnelles concernaient l'humeur dépressive avec une apathie et une anhédonie, la labilité émotionnelle, l'irritabilité et l'anxiété importante. Le patient présentait une fatigue et une fatigabilité accrue, des difficultés de concentration, de mémorisation, de gestion du stress et des tâches professionnelles. La capacité de travail de son patient était nulle depuis avril 2021.

b. Dans sa réponse du 29 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le SMR avait suivi l'expertise psychiatrique dans la mesure où celle-ci avait considéré que le recourant était capable de travailler à 50% dans une activité adaptée. S'il était vrai que le SMR s'était écarté de l'expertise psychiatrique, il ne l'avait fait que sur le plan temporel, car le Dr P_____ s'était prononcé sur une période plus longue que ce que prévoyait le mandat. Les autres constatations faites par ce psychiatre avaient été suivies dans l'avis du 13 juin 2023. L'expert avait expliqué ses divergences avec la psychiatre traitante et celles concernant les diagnostics avaient une portée limitée dans la mesure où l'expert avait bien tenu compte de tous les éléments médicaux constitutifs présents, de sorte que leur labellisation n'était finalement pas déterminante.

L'intimé a joint un avis du 7 mai 2023 du Dr R_____, maintenant ses conclusions précédentes après avoir pris connaissance du dernier rapport de la Dre F_____. S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, il a relevé que l'expert avait conclu à l'absence de symptômes psychotiques, ne retenant pas de phénomènes hallucinatoires, puisqu'il n'existait pas de trouble paranoïaque associé ni de syndrome dissociatif. Les idées suicidaires ne faisaient pas parties des critères de diagnostics principaux pour l'évaluation du degré de sévérité d'un épisode dépressif, et leur présence ne suffisait pas à qualifier un épisode de sévère. Le recourant bénéficiait d'un bon entourage familial et n'avait pas été hospitalisé, ni mis en incapacité de travail pour des idées suicidaires. Quant au trouble obsessionnel compulsif mentionné par la Dre F_____, celui-ci n'avait pas été retenu par l'expert. Les symptômes cités pour conclure à un tel diagnostic avaient été attribués par l'expert à une peur de contracter une maladie infectieuse grave ou d'avoir un problème cardiaque. Concernant la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, l'expert n'avait pas constaté d'instabilité dans les relations aux autres lors de l'examen. Il était surpris que la psychiatre traitante n'ait jamais rapproché le suivi psychiatrique, qu'aucun dosage sérique de l'antidépresseur n'ait été réalisé, qu'aucun changement de traitement antidépresseur n'ait été effectué et qu'aucune hospitalisation n'ait été discutée, alors qu'elle considérait la situation psychiatrique comme sévère. Sur le plan des limitations fonctionnelles, la fatigue et la fatigabilité accrue avec une grande difficulté de concentration rapportées par la Dre F_____ avaient été prises en considération par le Dr P_____. Ainsi, le taux de 50% de la capacité de travail

retenu par cet expert l'avait été pour tenir compte des troubles cognitifs, de la fatigue et de la fatigabilité.

c. Par réplique du 5 août 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, notamment s'agissant de la mise en place d'une expertise judiciaire psychiatrique. Contrairement à ce qu'affirmait l'intimé, le SMR avait également reproché à l'expert psychiatre de ne pas avoir tenu compte du diagnostic posé par sa psychiatre traitante, soit le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. S'agissant du trouble obsessionnel du comportement, le SMR n'avait pas pris position sur les arguments avancés par sa psychiatre traitante. Il ne s'était pas non plus prononcé sur la contradiction entre l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés d'une part, et l'évaluation de la capacité de travail d'autre part.

d. Par arrêt du 3 janvier 2025 (ATAS/1/2025), la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique, confiée à la docteure S_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle a constaté que le recourant et l'intimé ne remettaient pas en cause les conclusions de l'expertise du M_____ SA au niveau somatique, et que les conclusions des spécialistes en neurologie, rhumatologie et médecine interne, pouvaient être confirmées, en particulier concernant les atteintes retenues, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'intéressé. En revanche, sur le plan psychiatrique, les critiques émises par la Dre F_____ étaient pertinentes et ses rapports, notamment celui du 16 janvier 2024, contenaient plusieurs éléments objectifs propres à remettre en cause les conclusions du Dr P_____.

e. Dans son rapport d'expertise rendu le 25 août 2025, la Dre S_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00), de sévérité légère, et sans effet sur ladite capacité, une personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.30) de sévérité légère. Elle a conclu que la capacité de travail du recourant avait été de 0% du 19 avril 2021 au 30 septembre 2024, de 50% du 1^{er} octobre 2024 au 25 janvier 2025, et était de 100% dès le 25 janvier 2025, dans une activité n'impliquant pas la conduite de véhicules tant que l'expertisé serait au bénéfice de médicaments anxiolytiques et anti-dépresseurs.

f. Par écriture du 17 octobre 2025, le recourant a conclu à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée, subsidiairement à ce que celle de la Dre S_____ soit écartée. Il a relevé que l'experte avait porté une appréciation sur une prétendue évolution qui serait intervenue postérieurement à la décision entreprise. Elle ne donnait pas la moindre explication sur ce qui lui permettrait de dater cette prétendue amélioration qu'elle situait à l'automne 2024, laquelle était de toute manière postérieure à la date de la décision entreprise du 15 mars 2024. Par ailleurs, les rapports du M_____ et de sa médecin traitante faisaient état d'éléments objectifs vérifiables et pertinents qui avaient été ignorés par l'experte, dont des phénomènes hallucinatoires, des idées suicidaires, une perte d'intérêt

importante, des difficultés d'organisation de la pensée, une fatigue et une fatigabilité qui avaient un impact sur sa capacité de travail. Son sentiment de dévalorisation n'avait jamais été contesté par le passé et on ne s'expliquait pas qu'il serait soudain absent. De nombreux symptômes décrits par sa psychiatre n'avaient pas été pris en compte par l'experte, dont des troubles du sommeil, des cauchemars récurrents, une absence de libido, et des plaintes somatiques. La Dre F_____ expliquait bien pour quelle raison on ne pouvait pas tirer de conclusions d'une absence de la baisse d'attention en raison de l'échec des tests réalisés. Il convenait également de noter ses difficultés en français, ce qui avait été noté dans l'expertise du M_____. Enfin, l'experte n'avait pas expliqué de manière justifiée et convaincante pour quels motifs elle s'écartait des précédentes évaluations et pourquoi elle ne retrouvait pas des éléments retenus dans le rapport du 5 juin 2023 du M_____, dont une méfiance excessive, une tendance à l'isolement, de possibles hallucinations auditives, des troubles de vigilance et de concentration, une baisse de persévérance et de l'élan vital, une anhédonie, une tristesse, une aboulie, des éléments anxieux importants, des difficultés d'organisation de la pensée, une fatigue et une fatigabilité qui avaient un impact sur la capacité de travail. La discussion de l'expertise était assez pauvre et peu développée. Certaines remarques dénotaient d'un parti pris subjectif.

Il a produit un rapport du 2 octobre 2025 de la Dre C_____, ainsi qu'un rapport du 13 octobre 2025 de la Dre F_____, qu'il avait invitée à se prononcer sur l'expertise judiciaire.

g. Le 17 septembre 2025, l'intimé a relevé que l'experte semblait baser l'entière de son appréciation de la capacité de travail sur les éléments psychotiques allégués par le recourant et non objectivés ni traités, sans mettre en évidence d'éléments objectifs ou constitutifs, ni de signes de gravité. Il considérait ainsi que la capacité de travail du recourant était de 50% dès novembre 2021 dans une activité adaptée et de 100% dès le 25 janvier 2025.

Il a joint un avis du 17 septembre 2025 du SMR, prenant position sur l'expertise judiciaire.

h. En date du 4 novembre 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, dès lors que le SMR remettait fondamentalement en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire.

i. Invitée par la chambre de céans à prendre position sur les critiques des Dres C_____ et F_____, ainsi que sur celles du SMR, la Dre S_____ a rendu un complément d'expertise le 13 avril 2026.

j. Par écriture du 6 mai 2026, le recourant a persisté dans ses conclusions, à savoir que l'expertise judiciaire soit écartée et qu'une nouvelle expertise soit ordonnée. Très subsidiairement, il réservait ses droits si par impossible la chambre de céans devait envisager une *reformatio in pejus*. Il a relevé que la Dre S_____ faisait désormais preuve d'une retenue « très circonstancielle » alors qu'elle avait utilisé,

dans son rapport, des appréciations et qualificatifs dépréciateurs permettant de remettre en doute son objectivité. L'amélioration au courant de l'automne 2024, considérée comme éphémère par la Dre F_____ et liée à la naissance de son petit-fils, ne permettait pas de conclure à une capacité de travail de 50%. Comme déjà relevé, cette prétendue amélioration était postérieure à la décision entreprise du 15 mars 2024 et l'experte n'expliquait toujours pas pourquoi elle s'écarterait des évaluations concordantes de la Dre F_____ et de l'expertise du M_____ sur lesquelles se fondait la décision. Les experts avaient retenu de la fatigue, une fatigabilité et de la tristesse, une méfiance, de possibles hallucinations auditives, des troubles de vigilance et de concentration, des pleurs, une baisse de persévérance, une baisse d'élan vital, une anhédonie, une tristesse d'humeur, des troubles de concentration, ainsi que de la somnolence, et le SMR avait considéré qu'il était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle et qu'il disposait d'une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée en raison notamment de fatigabilité, d'endormissements diurnes et de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. On ne s'expliquait pas que ces symptômes aient pu soudain disparaître. Il était pour le moins surprenant que la Dre S_____ soit la seule à prétendre que l'expertisé ne présenterait pas de signes de fatigue lors des entretiens. Elle était également la seule à prétendre que les troubles du sommeil ne pourraient pas être en lien avec l'état dépressif, mais attribuables exclusivement à des apnées du sommeil. La Dre F_____ évoquait pour sa part des réveils liés à des cauchemars récurrents, parfois en lien avec des scènes de guerre vécues par le passé, qui contribuaient à entretenir les troubles du sommeil et la fatigue. La psychiatre traitante avait expliqué les interruptions dans le traitement par des oublis fréquents et des épisodes d'irritabilité, alors que l'experte avait mentionné des voyages réguliers dans le pays d'origine de l'expertisé. L'assertion selon laquelle il supporterait « deux heures d'entretien, en position détendue, dos droit, et jambes ouvertes [allusion à une prétendue posture de *manspreading* pour stigmatiser l'expertisé sans position antalgique] » était proprement invraisemblable au regard de son passé médical, étant rappelé les lésions subies lors de ses accidents des 19 avril et 13 décembre 2021, ainsi que les atteintes et limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Quant à l'examen neuropsychologique, il ne ressortait nullement du rapport de la neuropsychologue que celle-ci aurait émis une telle appréciation. Elle se limitait à relever des incohérences et concluait que les performances étaient clairement invalides. De plus, un examen neuropsychologique ne pouvait être valablement conduit chez un patient présentant un état dépressif, celui-ci influençant directement son fonctionnement, comme expliqué par la Dre F_____ qui avait précisé qu'aucun test de ce type n'était réalisé en cas de dépression active au Centre des troubles cognitifs des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), et observé que le fait que les tests n'aient pas pu être conduits dans des conditions normales ne justifiait pas de douter des symptômes décrits. Selon elle, le fait que le patient se fatiguait vite, se plaignait de la difficulté des tests et

peinait à se concentrer, était en soi une preuve que son fonctionnement cognitif était perturbé. Trois éléments saillants semblaient guider l'experte dans son appréciation, à savoir l'origine culturelle du recourant, la prétendue absence de signe de fatigue durant l'entretien et le fait qu'il se rende régulièrement dans son pays d'origine. On ne pouvait réprimer le sentiment qu'un biais cognitif parasitait son évaluation.

k. Le 6 mai 2026, l'intimé a maintenu ses précédentes conclusions, l'experte n'ayant pas levé les contradictions présentes dans son appréciation.

Il a joint un avis du 30 avril 2026 du Dr R_____

l. Copie de ces documents ont été adressés au recourant.

m. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La chambre de céans a déjà examiné, dans son arrêt du 3 janvier 2025, sa compétence, la recevabilité du recours et le droit applicable. Il suffit d'y renvoyer.

2.

2.1 Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a *in fine* ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.3 et la référence).

La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; 122 V 36 consid. 2a et les références).

Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait

commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés. Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel ; ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 et les références).

L'autorité de recours saisie n'est pas tenue d'élargir la procédure au-delà de l'objet du litige ou de la contestation. Si elle ne fait pas usage de cette faculté, le Tribunal fédéral ne s'en préoccupe pas (arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2 et les références citées).

2.2 En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 15 mars 2024, par laquelle l'intimé a octroyé au recourant une rente d'invalidité de 56% d'une rente entière du 1^{er} juin 2022 au 31 décembre 2023 et de 61% d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2024, singulièrement sur le taux de la capacité de travail exigible à partir du mois de décembre 2021, date à laquelle la nouvelle demande de prestations a été déposée.

L'évolution de l'état de santé postérieurement au 15 mars 2024 et ses éventuelles répercussions sur le droit à la rente pourront faire l'objet d'une nouvelle décision.

3. En application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 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 (let. a), ou 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 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). 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 point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. En effet, la base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

4. 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).

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^{bis} LAI précise qu'une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} 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).

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).

4.1 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 maladif, 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 I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

4.1.1 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).

Dans l'ATF 141 V 281, 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 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). 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_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

4.1.2 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). 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).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du E_____ d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

4.1.3 Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des 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_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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 ; 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 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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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).

7. En l'espèce, il est rappelé que, par décision du 2 juillet 2018, l'intimé a nié le droit du recourant à toute prestation, au motif qu'il ne subissait aucune perte de gain. À la suite de sa nouvelle demande du 23 décembre 2021, l'intimé lui a reconnu, dans la décision entreprise, le droit à une rente d'invalidité s'élevant à 56% d'une rente entière du 1^{er} juin 2022 au 31 décembre 2023 et à 61% dès le 1^{er} janvier 2024, une déduction forfaitaire de 20% ayant été prise en compte dès cette date conformément à l'art. 26^{bis} al. 3, 2^e phrase RAI. Se ralliant à l'avis du SMR du 13 juin 2023, l'intimé a considéré que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès le mois d'avril 2021, mais qu'il disposait d'une capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible de 50% sans baisse de rendement dans une activité adaptée, respectant strictement ses limitations fonctionnelles depuis le mois de novembre 2021.

Le recourant conteste cette appréciation et considère avoir droit à une rente entière à partir du 1^{er} juin 2022 au motif que son incapacité de travail est totale dans toute activité.

7.1 Dans son ordonnance du 3 janvier 2025, la chambre de céans a déjà constaté que l'incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle à compter du mois d'avril 2021 n'était ni contestée ni contestable, au vu des documents médicaux au dossier.

Elle a également observé que les appréciations des spécialistes en neurologie, rhumatologie et médecine interne du M_____ SA, qui n'étaient pas remises en cause par les parties, pouvaient être confirmées. Elle a en revanche considéré qu'une instruction complémentaire se justifiait sur le plan psychiatrique, de sorte qu'elle a ordonné une expertise judiciaire.

Il convient donc d'examiner la valeur probante de cette dernière.

7.2 L'évaluation de la Dre S_____ a été rendue après trois entretiens individuels avec le recourant en date des 29 janvier, 5 et 19 mars 2025, un examen neuropsychologique effectué par une neuropsychologue le 25 mars 2025, des tests sanguins avec dosage des B-bloquants et de l'antidépresseur, un nouvel entretien avec l'expertisé le 4 avril 2025, des échanges téléphoniques avec les Dres C_____ et F_____, et un ultime entretien téléphonique avec le recourant le 20 juin 2025.

L'experte a résumé les éléments biographiques du point de vue psychopathologique, les anamnèses familiales, professionnelles, socio-affectives, médicales, et psychiatriques, présenté les plaintes de l'expertisé et le déroulement

de ses journées-types. Elle a consigné son examen clinique et procédé à une discussion du cas, dans laquelle elle a notamment justifié les diagnostics retenus et ceux écartés, ainsi que les diagnostics différentiels possibles.

Il appert donc que le rapport d'expertise a été rendu en pleine connaissance du dossier du recourant, dont les plaintes ont été relevées, à l'issue d'une analyse approfondie du cas, sur la base d'un examen clinique réalisé par une spécialiste du domaine, complété par des investigations neuropsychologiques. La Dre S_____ a précisément répondu aux questions de la mission d'expertise et motivé ses conclusions.

Il convient donc d'examiner s'il existe des raisons pertinentes de s'écarter de l'expertise judiciaire, laquelle répond à toutes les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

7.3 Le recourant émet plusieurs griefs à l'encontre de l'expertise, à laquelle il oppose de nouveaux rapports de ses médecins traitantes.

7.3.1 Il reproche tout d'abord à l'experte de ne pas avoir donné d'explication quant à la date retenue pour sa prétendue amélioration à l'automne 2024.

La chambre de céans relève cependant que la Dre S_____ a indiqué que l'hétéro-anamnèse médicale mettait en évidence une amélioration partielle en automne 2024 et que l'auto-anamnèse permettait de comprendre, selon les déclarations de l'expertisé lors de leur premier entretien du 25 janvier 2025, qu'il avait interrompu ses entretiens avec sa psychiatre traitante depuis trois mois car il était « fâché avec elle » (rapport d'expertise p. 8 et 18). Dans son complément du 13 avril 2026, l'experte a précisé que l'amélioration clinique en automne 2024 avait été confirmée par la psychiatre traitante et que cet élément avait été probant, vu l'arrêt spontané du suivi par l'expertisé pendant plusieurs mois.

Il y a lieu de relever qu'il ressort effectivement du rapport de la Dre F_____ du 13 octobre 2025 que cette psychiatre a constaté une amélioration de l'état de santé de son patient à l'automne 2024, probablement en lien avec la naissance de son petit-fils, de sorte que ce fait est avéré. En outre, le recourant ne conteste pas l'absence de toute prise en charge psychiatrique entre le 1^{er} octobre 2024 et le 25 janvier 2025, de sorte que ce fait peut également être tenu pour établi.

L'appréciation de l'experte a donc été motivée et correspond aux pièces du dossier.

7.3.2 Le recourant remet en cause les diagnostics retenus, soutenant que les rapports du M_____ et de sa médecin traitante mentionnent des facteurs vérifiables et pertinents qui ont été ignorés par l'experte, dont des phénomènes hallucinatoires, des idées suicidaires, une perte d'intérêt importante, des difficultés d'organisation de la pensée, une fatigue et une fatigabilité qui avaient un impact sur sa capacité de travail. Il souligne que son sentiment de

dévalorisation n'a jamais été contesté par le passé et ne s'explique pas qu'il serait soudain absent. De nombreux symptômes décrits par sa psychiatre n'ont pas été pris en compte par l'experte, dont des troubles du sommeil, des cauchemars récurrents, une absence de libido et des plaintes somatiques. L'experte n'a pas expliqué de manière justifiée et convaincante pour quels motifs elle s'écarterait des précédentes évaluations et pourquoi elle ne retrouvait pas des éléments retenus dans le rapport du 5 juin 2023 du M_____, dont une méfiance excessive, une tendance à l'isolement, de possibles hallucinations auditives, des troubles de vigilance et de concentration, une baisse de la persévérance et de l'élan vital, une anhédonie, une tristesse, une aboulie, ou encore des éléments anxieux importants, des difficultés d'organisation de la pensée, une fatigue et une fatigabilité qui avaient un impact sur la capacité de travail. Selon lui, la discussion de l'expertise était assez pauvre et peu développée.

La chambre de céans rappelle que la Dre S_____ a diagnostiqué un épisode dépressif d'intensité légère, relevant que deux critères principaux, à savoir une baisse de l'intérêt et une baisse de l'humeur, et deux critères secondaires, soit une baisse de l'estime de soi et une attitude morose face à l'avenir, étaient réalisés.

Contrairement à ce que soutient le recourant, l'experte a bien relaté une absence de libido et la perte de certains plaisirs, notant par exemple que l'intéressé ne lisait plus alors qu'il aimait le faire auparavant, et qu'il ne s'occupait plus de sa voiture car cela ne l'intéressait plus. Elle a toutefois également rapporté le maintien de certains plaisirs, consignait les déclarations suivantes de l'expertisé : « J'adore jouer avec mon petit-fils, j'aime être en famille », « Je pars souvent au Kosovo, là-bas je me sens mieux » ; l'intéressé avait également mentionné qu'il aimait être avec un copain (rapport d'expertise p. 9). Elle a estimé qu'il était plausible que les intérêts conservés soient amoindris en comparaison à la période où l'intéressé se sentait bien psychologiquement, et a ainsi admis que le critère relatif à une restriction des intérêts et des plaisirs était rempli (rapport d'expertise p. 13).

De même, elle a reconnu une humeur abaissée la plupart du temps, mais pas en permanence en dépit de l'auto-anamnèse, car les entretiens avaient révélé un tableau clinique un peu plus contrasté. Si les mimiques faciales étaient fermées la plupart du temps et que l'expertisé pleurait par moments en adéquation avec le contenu du discours, il souriait également lorsqu'il évoquait certains de ses proches (rapport d'expertise p. 13).

Concernant les autres critères symptomatiques de l'épisode dépressif, la Dre S_____ a tenu compte du fait que le sommeil était perturbé à l'auto-anamnèse (rapport d'expertise p. 14), mais elle a ajouté que l'intéressé se réveillait et se rendormait (rapport d'expertise p. 14). Compte tenu du contexte d'appareillage d'apnées du sommeil, elle a conclu qu'il n'était pas certain que cette symptomatologie fasse partie du trouble dépressif (rapport d'expertise p. 14). Elle a également exposé qu'à dosage dans la norme, un certain nombre de patients se plaignaient de l'effet fatigant des B-bloquants (rapport d'expertise p. 13). Il

appert donc que l'experte a bien pris en considération les plaintes du recourant s'agissant de la qualité du sommeil, et qu'elle a dûment justifié les raisons pour lesquelles elle n'a pas retenu cette symptomatologie comme relevant de l'épisode dépressif.

Elle a également indiqué que le recourant se sentait fatigué « tout le temps, tout au long de la journée » (rapport d'expertise p. 8), mais elle a observé que cette fatigue était vécue de façon subjective et qu'elle était peu constatée en entretiens. Elle a précisé à cet égard que l'expertisé était resté jusqu'à deux heures assis sans manifester d'inconfort particulier et ne décrivait pas de problèmes à rester de longues heures en voiture ou en avion pour se rendre dans son pays, avec deux voyages de janvier à juin 2025 (rapport d'expertise p. 13). Son évaluation repose ainsi sur des éléments objectifs.

La Dre S_____ a noté que l'intéressé lui avait dit « Je ne suis plus rien, je regrette mon travail, je suis un clodo » (rapport d'expertise p. 9), et a retenu qu'il éprouvait une baisse de l'estime de soi, une attitude pessimiste et morose face à l'avenir, mais pas ou peu de sentiment de culpabilité (rapport d'expertise p. 14). Elle a donc pris en considération le sentiment de dévalorisation exprimé en admettant le critère de la baisse de l'estime de soi.

Enfin, elle a rapporté qu'il n'y avait pas d'idées auto-agressives actuellement (rapport d'expertise p. 14), qu'il y avait eu par le passé des idées de mort, mais pas actuellement (rapport d'expertise p. 9) et que l'appétit était conservé (rapport d'expertise p. 14).

Le degré de gravité retenu pour le diagnostic d'épisode dépressif est cohérent et a été motivé à satisfaction, en tenant compte des doléances de l'expertisé et des examens cliniques, étant rappelé que l'experte a rencontré le recourant à quatre reprises en trois mois et qu'elle s'est encore entretenue avec lui au téléphone avant de rendre son rapport.

S'agissant des diagnostics écartés, la Dre S_____ a relaté un sommeil non réparateur (rapport d'expertise p. 9) et mentionné des « cauchemars nocturnes avec des scènes qu'il a vécues (personnes démembrées, bébés tués, etc). Ces scènes reviennent parfois dans ses pensées au cours de la journée ». Mais elle a ajouté que l'expertisé ne rapportait ni des manœuvres d'évitement ni une hypervigilance, laquelle n'avait pas non plus été constatée en entretiens. En outre, l'intéressé retournait plusieurs fois par années dans son pays natal afin d'y voir sa famille. Elle a considéré que ces éléments ne permettaient pas de poser le diagnostic de stress *post*-traumatique (rapport d'expertise p. 12). Une telle argumentation est convaincante, étant observé par ailleurs que le diagnostic de stress *post*-traumatique n'a pas non plus été retenu par la Dre F_____.

L'experte a écrit que son « observation clinique n'avait pas mis en évidence d'attitudes d'écoute, de barrages, de vol de la pensée, ou d'autres symptômes qui donneraient à suspecter la présence d'hallucination auditives. Par ailleurs,

l'expertisé ne se plaint pas de telles manifestations cliniques ». Elle a ainsi conclu qu'il était tout à fait possible que le recourant ait souffert d'hallucinations auditives par le passé, mais qu'elle n'avait pas d'éléments pour évoquer leur présence actuellement (rapport d'expertise p. 11). Cette analyse n'est pas critiquable, ce d'autant plus que la Dre F_____ a confirmé, dans son rapport du 13 octobre 2025, qu'il n'existait plus de symptômes psychotiques (hallucinations auditives) et que le patient évoquait plutôt des acouphènes persistants.

Enfin, la Dre S_____ a souligné que l'anxiété, relatée à l'anamnèse et dans plusieurs rapports, n'était pas manifeste à l'examen clinique, ce qui pouvait s'expliquer soit par l'efficacité du traitement, soit parce que ces troubles s'étaient résorbés. Elle a conclu « En tous les cas ce n'est plus un problème susceptible d'amener à un diagnostic actuellement » (rapport d'expertise p. 13). Aucun indice ne permet de douter de cette appréciation, étant à nouveau observé que la psychiatre traitante n'a pas non plus diagnostiqué de trouble anxieux.

Pour le reste, il sera rappelé que la Dre S_____ a admis, pour le passé, que les symptômes dépressifs avaient été sévères, avec des hallucinations auditives notamment, entre le 19 avril 2021 et le mois de juin 2022. Elle a relevé que dès le mois de juin 2022, il y avait eu une amélioration du sommeil et des « chuchotements » entendus occasionnellement (rapport d'expertise p. 17). Cette évolution favorable des phénomènes hallucinatoires et du sommeil est conforme aux descriptions de la psychiatre traitante, qui avait observé, dans son rapport du 11 juillet 2022, une « amélioration dans le comportement du patient depuis le mois de juin 2022 », « une légère amélioration du sommeil » et des « chuchotements » occasionnels. La divergence d'opinion entre l'experte judiciaire, qui a qualifié l'état dépressif de moyen dès cette époque, à l'instar du Dr P_____ en 2023, et la psychiatre traitante, qui n'a pas retenu de changement de diagnostic et a confirmé le degré sévère de l'état dépressif dans ses rapports des 11 juillet 2022 et 16 janvier 2024, est sans conséquence, puisque l'incapacité totale de travail a été admise par la Dre S_____ jusqu'à l'automne 2024.

Dans ces circonstances, il y a lieu de constater que les diagnostics posés résultent d'une analyse fouillée de l'ensemble des signes cliniques et des symptômes pertinents.

7.3.3 Le recourant souligne également ses difficultés en français.

Il est toutefois observé que l'experte n'a pas jugé nécessaire de s'adjoindre les services d'un interprète, que le recourant ne prétend pas non plus avoir sollicité une telle intervention, et que le rapport d'expertise ne fait pas état d'entraves ou de complications dues à une mauvaise compréhension de la langue.

En outre, la psychiatre traitante, qui a certes relaté « quelques difficultés à trouver des mots pour s'exprimer facilement » dans son rapport du 11 juillet 2022, continue à assurer le suivi de l'intéressé avec lequel elle s'entretient en français.

7.3.4 En définitive, les critiques élevées par le recourant dans son écriture du 17 octobre 2025 ne sont pas fondées.

7.4 Le recourant se prévaut du rapport du 13 octobre 2025 de la Dre F_____, qu'il a invitée à se prononcer sur l'expertise judiciaire.

7.4.1 La psychiatre traitante a relevé que l'experte n'avait pas retenu de trouble obsessionnel compulsif, sans l'exclure pour le passé, et a attesté que les symptômes, bien que moins intenses désormais, demeuraient présents.

La chambre de céans remarquera que la Dre S_____ a dûment exposé les raisons pour lesquelles elle avait, au moment de son expertise, écarté ce diagnostic retenu par d'autres spécialistes à cause de compulsions de lavages des mains. Elle a ainsi relevé que l'expertisé lui avait serré la main sans demander ensuite à se les laver, qu'il n'avait pas montré d'anxiété de ne pas le faire, et qu'il avait également touché sans réticence le fauteuil et la poignée de la porte (rapport d'expertise p. 12).

Cela étant, la divergence d'opinion entre les deux psychiatres sur la persistance ou non d'un tel diagnostic est sans influence, dès lors que la Dre F_____ a expressément affirmé que ces symptômes n'avaient jamais eu d'impact significatif sur la capacité de travail du patient, et ce même lorsque la symptomatologie était plus marquée.

7.4.2 S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, la psychiatre traitante a estimé que les critères actuellement présents pour la dépression correspondaient à trois critères principaux et à quatre à cinq symptômes mineurs, ce qui répondait aux critères d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.1/F33.2) selon la CIM-10.

Elle a exposé que la fatigue globale et la difficulté, voire l'incapacité à accomplir les activités de la vie quotidienne, étaient bien présentes et décrites par le patient, ainsi que confirmées par sa famille. Cette dernière devait le stimuler pour l'hygiène et les soins personnels, et l'aider lorsque nécessaire. L'aide concernait également les repas ou toute autre activité. Même pour sortir de chez lui, les membres de la famille devaient l'encourager et l'accompagner. Par exemple, un neveu travaillant comme chauffeur venait le chercher pour aller boire un café. Le patient passait la majeure partie de son temps sur le canapé ou au lit, et devait être incité à sortir ou à interagir, notamment avec son petit-fils qui était la seule personne capable de le faire brièvement sourire. Auparavant, l'intéressé était totalement autonome dans ses activités quotidiennes. Il travaillait, participait activement aux tâches domestiques, notamment à la préparation des repas, la vaisselle, l'organisation des activités familiales, et menait une vie sociale riche avec des amis et des proches. Une diminution de l'activité ne pouvait être évaluée uniquement sur la base d'entretiens, ni sur des déplacements ponctuels tels que des voyages qui n'étaient pas organisés ni dirigés par le patient lui-même, mais simplement subis. Dans ces situations, il se comportait de la même manière qu'à

domicile, à savoir qu'il restait assis ou allongé. Il ne s'agissait donc pas, comme l'affirmait l'experte, d'une « surprotection familiale infantilisante », mais bien des conséquences d'une perte de motivation et d'énergie, responsables d'une diminution de la volition, voire d'une aboulie et d'une apathie. La famille tentait de pallier ces difficultés en le soutenant et le stimulant afin d'éviter une aggravation de son état. De même, elle devait désormais gérer ses rendez-vous et son traitement médicamenteux, en raison des oublis fréquents du patient.

La chambre de céans observe cependant que l'experte a consigné plusieurs affirmations du recourant, qui remettent en cause la sévérité des symptômes relayés par la Dre F_____. À titre d'exemples, elle a noté, s'agissant des activités domestiques « Ma femme et ma belle-fille ne me laissent rien faire, elles cuisinent, font le ménage, et ma belle-fille s'occupe de tout » (rapport d'expertise p. 9). L'intéressé ne lui a pas décrit les voyages au Kosovo comme « subis ». Bien au contraire, il lui a indiqué « Je pars souvent au Kosovo, là-bas je me sens mieux » (rapport d'expertise p. 9). Elle a constaté qu'il « s'illumine » lorsqu'il parle de son petit-fils (rapport d'expertise p. 10) et de sa belle-fille (rapport d'expertise p. 13), qu'il aime être en famille, qu'il partage des moments avec ses amis et qu'il voyage plusieurs fois par années dans son pays natal (rapport d'expertise p. 13). Il ressort en outre du descriptif d'une journée-type que le recourant ne faisait pas grand-chose le matin, mais qu'il jouait l'après-midi avec son petit-fils ou allait voir un ami, qu'il marchait tous les jours, conduisait de temps en temps et regardait la télévision le soir (rapport d'expertise p. 8). La neuropsychologue a également relaté que l'intéressé voyait des amis de temps en temps, passait ses journées à jouer avec son petit-fils et regardait parfois la télévision, et qu'il était bien inséré socialement (rapport du 2 avril 2025). L'analyse de l'experte, qui a admis une diminution des intérêts, mais pas de perte complète, est valablement motivée et concluante. On ajoutera encore que si la psychiatre traitante a indiqué que les déclarations de son patient étaient « confirmées par sa famille », la lecture de ses rapports ne suggère pas qu'elle s'entretiendrait personnellement avec les proches de son patient. Au contraire, elle a indiqué dans son rapport du 11 juillet 2022 que celui-ci venait accompagné par son épouse ou l'un de ses fils « jusqu'à l'entrée du cabinet ». Dans son rapport complémentaire, l'experte a encore rappelé que la fatigue avait été bien décrite par l'intéressé en entretien, mais qu'elle n'avait pour sa part pas constaté de signes de fatigue, au niveau des tonus facial et corporel, de la respiration ou encore du débit verbal. Elle a également relevé que l'expertisé avait refusé de donner des détails précis sur ses séjours qui duraient plusieurs semaines et qui avaient lieu plusieurs fois par année, ajoutant qu'elle n'avait à aucun moment entendu que ces séjours à l'étranger auraient été subis.

La Dre F_____ a estimé que l'experte avait omis les sentiments de dévalorisation, pourtant inclus dans les critères secondaires de la CIM-10, qui

étaient très marqués, avec un fort sentiment d'inutilité, d'incapacité et de honte d'être dans cet état.

L'experte a écarté cette critique de façon convaincante dans son complément du 13 avril 2026, précisant qu'elle avait retenu la phrase « Je ne suis plus rien, je suis un Clodo » comme une baisse d'estime de soi et qu'elle aurait pu effectivement le coter sous dévalorisation, mais que mettre le même symptôme sous deux dénominations différentes n'aurait pas été correct. Elle a ajouté qu'il n'y avait par ailleurs pas de culpabilisations lors des entretiens d'expertise.

Concernant les troubles du sommeil, la Dre F_____ a souligné les réveils liés à des cauchemars récurrents, parfois en lien avec des scènes de guerre, lesquels contribuaient à entretenir les troubles du sommeil et la fatigue. Dans ce contexte, il était légitime de s'interroger sur la raison pour laquelle ce symptôme n'avait pas été retenu par l'experte.

Cette dernière a là aussi dûment justifié son appréciation dans son complément d'expertise, et confirmé que les troubles du sommeil ne pouvaient pas être attribués avec certitude à l'épisode dépressif dans la mesure où des apnées du sommeil étaient connues. C'était pour cette raison qu'elle n'avait pas pu les retenir, étant encore observé que l'expertisé avait déclaré qu'il se rendormait. Ainsi, les cauchemars récurrents indiquaient que le patient dormait et rêvait.

La psychiatre traitante a encore rappelé les plaintes somatiques et indiqué que la somatisation était un symptôme fréquent de la dépression, particulièrement chez les patients présentant une pensée opératoire et des difficultés d'élaboration ou d'introspection - ce qui était le cas du patient. Dans ces situations, la détresse psychologique liée à la dépression pouvait se manifester sous forme de souffrance physique, lorsque la personne ne parvenait pas à exprimer ses émotions.

La Dre S_____ a répondu qu'elle était effectivement d'accord avec la présence d'une pensée opératoire chez l'expertisé, mais qu'elle considérait que celle-ci n'affectait pas sa capacité de travailler. Concernant les éventuelles somatisations, elle a souligné que l'intéressé se plaignait de nombreuses douleurs, mais qu'il supportait deux heures d'entretien, en position détendue, dos droit, jambes ouvertes, sans position antalgique. Elle avait relevé de nombreuses incohérences tout au long de l'expertise, incohérences qui ressortaient également de l'anamnèse. À ce propos, elle a relevé que le rapport du Dr O_____ du 17 février 2023 mentionnait que l'expertisé avait déclaré qu'il ne pouvait prendre les transports publics, alors qu'il avait voyagé pendant 20 heures en bus au Kosovo en janvier 2023. Elle a également exposé que l'expertisé était prolix sur certains thèmes, mêmes passés, mais restait en revanche extrêmement flou sur des sujets importants pour l'expertise, dont ses intérêts, son réseau social, la conduite automobile et les voyages. Lorsqu'elle avait cherché à comprendre, il se fâchait, haussait le ton, mais se calmait très rapidement quand on changeait de sujet.

7.4.3 La Dre F_____ a ensuite considéré qu'on ne pouvait pas interpréter les résultats des tests neuropsychologiques et qu'aucun trouble cognitif n'avait donc pu être confirmé ni écarté. Elle a ajouté qu'un examen neuropsychologique ne pouvait être valablement conduit chez un patient présentant un état dépressif, celui-ci influençant directement le fonctionnement cognitif. D'ailleurs, au Centre des troubles cognitifs des HUG, aucun test de ce type n'était réalisé en cas de dépression active. De plus, le français n'étant pas la langue maternelle du patient, une compréhension partielle des consignes avait pu fausser les résultats. Chez ce patient, plusieurs éléments témoignaient d'un état dépressif ayant perturbé la passation, à savoir une fatigabilité, des bâillements répétés, des remarques telles que « c'est trop long » ou « c'est trop difficile », un manque de motivation et d'implication. Ces difficultés avaient conduit la psychologue à interrompre l'examen. Même si les résultats obtenus ne pouvaient être considérés comme valides, ils montraient certains éléments, soit des performances déficitaires dans les tests d'attention (vitesse de traitement, alerte phasique), des atteintes possibles de certaines fonctions exécutives (incitation verbale) et des scores situés souvent à la limite de la norme. Les tests de mémoire n'avaient pas pu être réalisés. Ainsi, sur les épreuves effectuées, le profil global du patient apparaissait déficitaire ou limite. En conclusion, les conditions de passation ne permettaient pas de se prononcer sur la présence de troubles cognitifs indépendants de l'épisode dépressif. Le tableau observé et le comportement du patient lors de l'examen orientaient plutôt vers un trouble dépressif influençant ses performances cognitives. Selon elle, la non-prise en considération des symptômes cognitifs sur la base de l'échec aux tests neuropsychologiques constituait une erreur d'interprétation du fonctionnement de ces tests et des conclusions de la psychologue.

La Dre S_____ a rappelé qu'elle avait demandé une expertise neuropsychologique en raison des nombreuses incohérences et qu'il ne s'agissait pas de réussir ou de rater les tests neuropsychologiques, mais de contrôler avec précision les fonctions cognitives. Une grande partie de l'évaluation cognitive en examen neuropsychologique avait été laborieuse, du fait du comportement non collaborant de l'expertisé. Face à de nouvelles incohérences au cours de ces tests, la neuropsychologue avait effectué les protocoles de validation. Ceux-ci étaient destinés à mettre en évidence d'éventuelles manœuvres de simulation. Les résultats des tests de validation avaient été sans ambiguïté. Il y avait une forte suspicion de simulation. Dans sa conclusion, elle avait préféré retenir une sous-évaluation de ses propres capacités, mais la question restait ouverte. Dans ces conditions les réponses floues de l'expertisé quand on évaluait ses fonctions cognitives, en expertise et en examen neuropsychologique, ne pouvaient être prises en considération à 100%.

L'analyse de l'experte est conforme au rapport de la neuropsychologue du 2 avril 2025, dont il ressort que le recourant soupirait beaucoup, baillait à

plusieurs reprises mais ne s'était pas déclaré très fatigué en fin d'examen, disait que c'était trop difficile et s'énervait par rapport à la longueur de l'examen, ce qui avait empêché la réalisation de l'intégralité des épreuves informatisées. Deux tests dédiés à la validité avaient alors été réalisés, étant précisé que ces tests avaient fait l'objet d'études scientifiques et des *cut-off* avaient été validés dans plusieurs populations dont celle concernant l'assuré. Ces deux tests avaient « massivement » échoué. En outre, l'analyse des facteurs intégrés, qui étaient des scores intrinsèques à l'examen, montrait que l'ensemble des scores obtenus était invalide. La neuropsychologue a encore relevé plusieurs incohérences et conclu que son examen ne pouvait pas être considéré comme étant un reflet crédible du fonctionnement cognitif de l'intéressé.

Compte tenu de ces éléments, il ne saurait être reproché à l'experte judiciaire de ne pas avoir reconnu l'existence de troubles cognitifs. Nul doute que la neuropsychologue, habituée à faire passer de tels bilans, aurait détecté d'éventuels problèmes de compréhension dus à la langue. Que certains résultats se soient révélés à la limite de la norme, comme relevé par la psychiatre traitante, est complètement hors de propos dès lors que ces tests ne reflètent pas de façon crédible le fonctionnement cognitif du recourant.

7.4.4 La Dre F_____ a reproché à l'experte d'avoir sous-estimé la souffrance et la réalité des difficultés du patient qu'elle avait qualifié de « dramatisant », « victimisant » et « théâtral », alors qu'elle avait également écrit « L'expertisé semble souffrir sincèrement de son inactivité et de ses symptômes ». Elle a rappelé que son patient pleurait lors des entretiens ou à la maison, ce qui était d'ailleurs contraire aux habitudes culturelles de son milieu d'origine. Elle a conclu qu'une partie de l'évaluation semblait avoir été biaisée par une perception négative de l'intéressé, ce qui avait conduit à minimiser la portée réelle de ses difficultés et de ses plaintes.

Le fait que l'experte ait relevé que le recourant semblait sincèrement souffrir de son inactivité et de ses symptômes, ou encore qu'il pleurait de façon authentique et adéquate (rapport d'expertise p. 12) avec le contenu du discours (rapport d'expertise p. 13) suggère plutôt qu'elle a abordé le cas du recourant de façon objective, sans remettre en cause toutes ses doléances sous couvert des tests de validité échoués.

La Dre S_____ a toutefois constaté de nombreuses contradictions et incohérences. Elle a ainsi relevé que le 27 janvier 2023, selon le Dr N_____, l'intéressé pouvait faire 30 heures de voyage au Kosovo en bus, alors qu'il avait dit le 17 février 2023 au Dr O_____ qu'il ne pouvait plus prendre les transports publics. Elle avait elle-même relevé plusieurs contradictions en rapport avec l'examen clinique objectif. En dépit des nombreuses douleurs alléguées, l'expertisé était resté assis jusqu'à deux heures sans manifester d'inconfort particulier et sans changer de position, en posture détendue et ouverte (rapport d'expertise p. 5 et 13), et il racontait effectuer régulièrement des voyages durant

de longues heures, jusqu'à 20 heures, sans décrire de problèmes (rapport d'expertise p. 5 et 13). Ces éléments expliquent qu'elle a recueilli certaines déclarations du recourant avec circonspection. En outre, elle a constaté que le ton était plaintif, que l'expressivité était marquée dans la douleur physique et psychique (rapport d'expertise p. 10), et que le recourant maintenait une attitude de victime vis-à-vis de ses difficultés, sans remise en question personnelle (rapport d'expertise p. 11) et qu'il faisait preuve de théâtralisme à certains moments en exprimant sa souffrance de façon démonstrative (rapport d'expertise p. 12).

Dans son complément d'expertise, la Dre S_____ a précisé qu'elle avait préféré évoquer la sous-évaluation de ses propres capacités par l'expertisé, plutôt que de parler de simulation, mais qu'un certain doute persistait. Cette approche réservée de l'experte judiciaire parle clairement en défaveur d'un biais ou d'un parti pris que tente de lui imputer la psychiatre traitante.

7.4.5 La Dre F_____ a considéré que l'amélioration de l'état de santé survenue en automne 2024 était insuffisante pour conclure à une capacité de travail de 50% à cette période, capacité qui demeurerait nulle selon elle, quelle que soit l'activité envisagée. Elle a contesté l'avis de l'experte en faisant valoir que les absences aux rendez-vous étaient principalement dues à des oublis, comme elle le lui avait expliqué par téléphone.

La chambre de céans rappelle que la Dre S_____ a tenu compte de la gravité des symptômes dépressifs retenus par Dre F_____ avant octobre 2024, et qu'elle n'a pas remis en cause l'incapacité totale de travail attestée par la psychiatre traitante jusqu'à cette date.

Pour la période subséquente, l'experte a pris en considération l'amélioration clinique survenue en automne 2024 et l'arrêt spontané du suivi du patient depuis plusieurs mois au moment du début de son expertise, pour des motifs que le recourant avait refusé de partager. Elle a estimé que la combinaison de ces deux éléments conduisait à admettre que la capacité de travail était passée à 50% dès le 1^{er} octobre 2024 (rapport d'expertise p. 24). Comme déjà observé, l'évolution positive des troubles psychiques du recourant à l'automne 2024 et l'interruption de toute prise en charge spécialisée entre les mois d'octobre 2024 et janvier 2025 sont établies. Que le patient ait pu manquer des consultations lors de son suivi régulier est sans pertinence, puisque l'élément déterminant est l'absence volontaire de tous soins durant plus de trois mois, et non pas un prétendu manque d'assiduité ou de compliance au traitement. La Dre S_____ s'est ainsi fondée sur des faits objectifs et démontrés pour s'écarter de l'appréciation de la psychiatre traitante quant à la sévérité des troubles et la capacité de travail exigible. On soulignera en outre que la Dre F_____ n'a pas du tout rencontré son patient durant cet intervalle de plusieurs mois qui a précédé le premier examen de l'experte.

La Dre S_____ a exposé que les constatations cliniques lors de son premier entretien avaient mis en évidence une atteinte dépressive qui existait, certes, mais qui ne devrait pas empêcher une reprise de travail progressive. Les symptômes anxieux s'étaient améliorés, la fatigue était peu constatée en entretiens d'expertise, l'intéressé voyageait, profitait de sa famille, et conduisait de temps à autre (rapport d'expertise p. 18). Ainsi, dès le 25 janvier 2025, la capacité de travail passait à 100% si on tenait compte des limitations inhérentes au traitement administré, étant relevé que certains médicaments pris par le recourant altéraient sa vigilance et contre-indiquaient un travail en tant que chauffeur (rapport d'expertise p. 24). Comme expliqué par la Dre S_____ dans son rapport complémentaire, ces conclusions sont basées sur les anamnèses, les examens cliniques et l'examen neuropsychologique. L'experte a expliqué qu'elle n'avait plus, courant 2025, assez d'éléments cliniques et anamnestiques pour valider une incapacité de travail. Elle a relevé que les diagnostics de trouble dépressif récurrent léger et de personnalité émotionnellement labile type impulsif pouvaient se potentialiser, notamment au niveau de l'exacerbation de l'irritabilité, cette dernière ayant bien teinté les entretiens d'expertise et l'examen neuropsychologique. Toutefois, ce qui avait éveillé son attention était une certaine sélectivité de l'irritabilité en fonction des sujets abordés. Elle a également noté que l'expertisé exprimait ses plaintes de façon démonstrative, sous-évaluait ses capacités (rapport d'expertise p. 19), dramatisait sa situation (rapport d'expertise p. 20) et faisait montre de peu de remise en question (rapport d'expertise p. 21).

L'experte a aussi expliqué que le trouble de la personnalité était présent depuis le début de l'âge adulte au minimum et qu'il n'avait pas empêché le recourant de travailler par le passé. Il était toutefois possible que certains aspects de ce trouble se soient exacerbés, en raison de l'épisode dépressif qui avait réémergé depuis 2021 et qui était en amélioration depuis l'automne 2024 (rapport d'expertise p. 21).

En définitive, la chambre de céans ne relève aucun élément concret et pertinent dans le rapport de la psychiatre traitante qui justifierait d'écarter les conclusions de l'expertise judiciaire, lesquelles résultent d'une argumentation rigoureuse.

7.5 Le recourant se prévaut aussi d'un rapport du 2 octobre 2025 de la Dre C_____.

7.5.1 La médecin traitante a indiqué que son avis concordait avec le diagnostic d'état dépressif sévère retenu par la psychiatre traitante, mais qu'elle était en désaccord avec les résultats de l'expertise, car elle estimait que l'intéressé présentait un état dépressif sévère incompatible avec toute activité, et non pas seulement avec la conduite. En effet, il n'arrivait pas à gérer les situations de stress et manquait complètement de concentration et de motivation. À cela s'ajoutaient les douleurs chroniques qui réduisaient ses capacités physiques, tout en accentuant son état dépressif et son incapacité à se projeter dans l'avenir.

7.5.2 La chambre de céans rappellera que la Dre C_____ est spécialiste en médecine interne générale et ne dispose pas de qualifications dans le domaine de la psychiatrie.

Son opinion, au demeurant dépourvue de toute motivation, n'est pas propre à remettre en cause les conclusions de l'experte.

7.6 S'agissant des autres arguments soulevés par le recourant dans son écriture du 6 mai 2026, ils ne sont pas pertinents.

7.6.1 Les symptômes admis par les experts du M_____ n'ont pas été contestés par l'experte, mais elle ne les a simplement plus retenus sur la base de l'auto-anamnèse et de ses quatre entretiens personnels. La disparition de certains des symptômes explique d'ailleurs logiquement l'amélioration de l'état de santé retenue dès le mois d'octobre 2024, amélioration qui s'est poursuivie jusqu'au moment de l'expertise.

Contrairement à ce que fait valoir le recourant, il n'est pas « surprenant que la Dre S_____ soit la seule à prétendre » qu'il ne présenterait pas des signes de fatigue lors des entretiens. Lors de l'expertise de 2023 par le Dr P_____, le recourant s'était presque endormi durant l'examen. Par la suite, un syndrome des apnées du sommeil a été investigué et confirmé. Au moment de l'expertise judiciaire, le recourant était d'ailleurs appareillé. La mise en œuvre d'un traitement adéquat est de nature à expliquer que les endormissements diurnes ont cessé.

Concernant les réveils liés à des cauchemars récurrents, qui contribuent selon le recourant à entretenir ses troubles du sommeil et la fatigue, il sera relevé que si l'intéressé a déclaré à l'experte que son sommeil était peu réparateur et de mauvaise qualité, il lui a également indiqué se coucher vers 23h, se réveiller plusieurs fois dans la nuit et se rendormir, se réveiller spontanément vers 8h et ne pas faire de sieste (rapport d'expertise p. 8 et 9). En l'absence de toutes difficultés d'endormissement, que ce soit au moment du coucher ou après des réveils nocturnes, et de l'absence de réveils matinaux précoces, il ne saurait être reproché à l'experte de ne pas avoir retenu l'existence de troubles du sommeil et d'avoir attribué les perturbations de ce dernier aux apnées du sommeil ou aux effets secondaires des médicaments (rapport d'expertise p. 9). S'agissant de la fatigue, il sera rappelé qu'elle n'a pas été objectivement constatée par la Dre S_____ au cours de ses quatre entretiens.

7.6.2 Le recourant soutient que l'assertion selon laquelle il supporterait « deux heures d'entretien, en position détendue, dos droit, et jambes ouvertes » est proprement invraisemblable au regard de son passé médical, des lésions subies lors de ses accidents des 19 avril et 13 décembre 2021, et des atteintes et limitations fonctionnelles retenues par le SMR.

Pour rappel, le SMR a retenu, dans son avis du 13 juin 2023, des cervicalgies sans irradiation dans les membres supérieurs sur une discopathie et des lombalgies sans

irradiation dans les membres inférieurs sur une discopathie. Les restrictions dues aux atteintes rhumatologiques visaient uniquement le soulèvement de charges de plus de 5 kg, le port de charges de plus de 10 kg, le porte-à-faux du buste, les positions à genoux ou accroupie, le travail en hauteur et les montées et descentes d'escalier répétées.

Partant, les diagnostics et empêchements rhumatologiques reconnus ne sont pas inconciliables avec les constats de l'experte psychiatre, lesquels apparaissent toutefois propres à relativiser l'importance des plaintes et des douleurs alléguées.

7.6.3 Enfin, s'agissant de l'examen neuropsychologique, et notamment l'affirmation selon laquelle un tel test ne pouvait être valablement conduit chez un patient présentant un état dépressif, comme expliqué par la Dre F_____, il sera rappelé qu'il appartient à l'expert, et non à l'expertisé, de déterminer les modalités de l'expertise ou les méthodes d'investigation les plus appropriées dans le cadre d'une exécution soignée de son mandat (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2024 du 12 août 2025 consid. 5.1.3).

En outre, les deux tests de validité réalisés ont « massivement échoués », ce qui a conduit la neuropsychologue et l'experte psychiatre à considérer que les résultats n'étaient pas le reflet crédible du fonctionnement cognitif du recourant.

7.7 L'intimé a également contesté la valeur probante de l'expertise et s'est référé aux avis du SMR des 17 septembre 2025 et 30 avril 2026.

7.7.1 Il a tout d'abord relevé que l'experte semblait baser l'entièreté de son appréciation de la capacité de travail sur les éléments psychotiques allégués par le recourant, sans mettre en évidence d'éléments objectifs ni de signes de gravité.

Comme déjà observé ci-dessus, les conclusions de la Dre S_____ pour la période antérieure à son examen sont fondées sur l'auto et l'hétéro-anamnèse, et reposent sur une étude fouillée du dossier et une analyse sérieuse des différents rapports médicaux.

L'experte a relevé que le recourant avait été en arrêt de travail à compter du 19 avril 2021 pour des manifestations somatiques et psychiques, après avoir reçu un coup sur la tête. Elle a considéré que l'incapacité totale de travail s'était poursuivie jusqu'au début du suivi par la Dre F_____, le 22 novembre 2021. Au vu de la gravité des symptômes dépressifs et du diagnostic retenu dans les rapports de cette psychiatre des 11 janvier et 11 juillet 2022, elle estimait que la capacité de travail était restée nulle jusqu'à cette date. L'intéressé avait ensuite été vu par le Dr P_____ le 17 février 2023, s'était alors endormi sur sa chaise et avait de « possibles hallucinations auditives ». Elle a retenu que la capacité de travail était restée nulle entre les 11 juillet 2022 et 17 février 2023, car il persistait une bradypsychie, une baisse de persévérance, une fatigue et une fatigabilité selon les descriptions cliniques de la Dre F_____, un endormissement en cours d'entretien et de possibles hallucinations auditives d'après le Dr P_____. L'hétéro-anamnèse médicale révélait la persistance de

cette symptomatologie pour la période du 17 février 2023 au 16 janvier 2024, de sorte la capacité de travail était encore nulle jusqu'à cette date. Dans son rapport du 16 janvier 2024, la Dre F_____ avait décrit une humeur dépressive, avec apathie et anhédonie, labilité émotionnelle et irritabilité, et une anxiété importante qui entraînaient des limitations fonctionnelles. De plus, l'expertisé présentait une fatigue et une fatigabilité accrue ainsi qu'une grande difficulté à se concentrer.

L'appréciation de l'experte est donc fondée sur le contenu des rapports de la psychiatre traitante, qui tiennent compte des déclarations du patient, mais également de bilans objectifs et de constats cliniques.

7.7.2 Dans son avis du 17 septembre 2025, le Dr R_____ a estimé que l'experte ne rapportait aucun renseignement concernant les symptômes ou les critères retenus pour évaluer le degré de sévérité de l'épisode dépressif, alors que le Dr P_____ avait précisément analysé et détaillé ces symptômes et critères en retenant ainsi un épisode dépressif actuel moyen depuis le mois d'avril 2021. Il n'avait pu objectiver, ni à l'anamnèse ni à l'examen, d'hallucinations, lui permettant d'exclure des symptômes psychotiques. La Dre S_____ n'avait pas analysé ni discuté les critères diagnostiques ni les éléments cliniques de l'expertise du Dr P_____. Elle n'avait apporté aucun nouvel élément permettant d'écarter le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par le Dr P_____ depuis avril 2021.

La chambre de céans rappelle avoir déjà mis en lumière plusieurs lacunes dans le rapport du Dr P_____, ce qui a justifié la mise en œuvre de l'expertise judiciaire. À titre d'exemples, elle avait constaté que les appréciations du Dr P_____ étaient contradictoires et insuffisamment développées s'agissant des hallucinations, alors que la Dre F_____ avait relevé à maintes reprises des symptômes hallucinatoires, décrits de manière précise dans ses différents rapports. En outre, le Dr P_____ s'était contredit en indiquant trouver, dans l'ensemble, « des éléments anxieux qui s'inscrivent dans un contexte de dépression sévère », tout en concluant à un épisode dépressif moyen. Son argumentation pour nier le diagnostic de trouble de personnalité émotionnellement labile paraissait contradictoire et était en tout état insuffisante. Il n'avait pas analysé les éléments objectifs pertinents pour admettre ou contester le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif. Ce psychiatre ne semblait pas non plus avoir dûment pris en considération la fatigue et la fatigabilité importantes, alors qu'il avait constaté que l'intéressé s'était presque endormi durant l'entretien.

En outre, la Dre S_____ a pris position sur l'appréciation du Dr P_____. Elle a notamment relevé que ce dernier n'avait pas retenu le diagnostic de trouble de la personnalité, ni admis un possible trouble obsessionnel par le passé. Elle a en outre souligné que son confrère avait fait état d'un endormissement de l'expertisé et de possibles hallucinations auditives lors de l'entretien du 17 février 2023. Elle a constaté que l'état de santé de l'intéressé était plus grave qu'au moment de sa propre expertise (rapport d'expertise p. 26).

Ces différents éléments permettent de comprendre les raisons pour lesquelles l'experte n'a pas validé les conclusions du Dr P_____.

Le Dr R_____ a aussi souligné les incohérences entre les plaintes subjectives et les constatations objectives de l'experte au moment de l'examen, ainsi que l'échec des tests de validation de l'examen neuropsychologique. Il a relevé que ces éléments avaient été pris en compte pour l'évaluation de la capacité de travail actuelle, mais pas pour son évolution depuis 2021.

Les éléments précités, constatés lors des entretiens de 2025 seulement, ne sauraient suffire pour nier la gravité des troubles et l'évaluation de la capacité de travail pour la période antérieure. Il est rappelé à cet égard que le dossier de la cause comporte plusieurs rapports détaillés de la Dre F_____ et un rapport d'expertise du Dr P_____. La Dre S_____ a donc naturellement basé ses conclusions pour la période avant octobre 2024, date de l'amélioration de l'état de santé selon la psychiatre traitante, sur ces documents.

7.7.3 Enfin, dans son avis du 30 avril 2026, le Dr R_____ a considéré que l'experte n'avait apporté aucune raison ni élément expliquant la reprise de la capacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2024 et de 100% dès le 25 janvier 2025, alors qu'il avait estimé, sur la base de l'expertise du 5 juin 2023, qu'une reprise à 50% était possible dès le mois de novembre 2021 dans une activité adaptée.

Comme déjà évoqué, il ressort très clairement de l'expertise judiciaire que la Dre S_____ a estimé que le contenu du rapport du Dr P_____ ne lui permettait pas de retenir l'existence d'une amélioration de l'état de santé avec la récupération d'une capacité de travail partielle, ni à partir d'avril 2021 (date retenue par le Dr P_____), ni à partir de novembre 2021 (date retenue par le SMR), ni à partir de juin 2023 (date du rapport du M_____). Elle a dûment expliqué qu'elle admettait une amélioration avec un capacité de travail résiduelle de 50% dès le 1^{er} octobre 2024, car la psychiatre traitante avait signalé à cette époque une amélioration de la symptomatologie et que le recourant avait alors décidé d'interrompre son suivi, et ce jusqu'au début de son expertise.

7.8 Partant, les critiques émises par le recourant et l'intimé ne justifient pas de mettre en œuvre une surexpertise, ni de procéder à une interprétation divergente des conclusions de la Dre S_____, lesquelles emportent conviction.

- 8.** Eu égard à tout ce qui précède, force est de constater que la décision litigieuse du 15 mars 2024, par laquelle l'intimé a accordé au recourant une rente d'invalidité s'élevant à 56% d'une rente entière du 1^{er} juin 2022 au 31 décembre 2023 et à 61% d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2024, sur la base d'une capacité de travail résiduelle de 50% depuis le mois de novembre 2021, est mal fondée.

Il y a lieu en effet de retenir, conformément aux conclusions de l'expertise judiciaire, que le recourant ne disposait d'aucune capacité de travail, pour des motifs psychiatriques, depuis le 19 avril 2021.

L'évolution de l'état de santé et de la capacité de gain du recourant, ainsi que les répercussions de ces changements sur son droit à la rente pour la période postérieure à la décision litigieuse, ne font pas partie de l'objet du litige.

9. Partant, le recours sera admis et la décision du 15 mars 2024 réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2022.

Le recourant étant représenté par un avocat et 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'art. 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 4'000.-.

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). Il n'y a pas lieu de mettre les frais de l'expertise judiciaire à sa charge, l'instruction à laquelle elle a procédé ne présentant pas de lacunes ou d'insuffisances caractérisées (ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Réforme la décision du 15 mars 2024 en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2022.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 4'000.- au titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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) ; 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

Laurine CHAPUIS

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