

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2021/2025

ATAS/11/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 janvier 2026

Chambre 8

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, présidente suppléante ; Anny FAVRE et Christine
TARRIT-DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1980, a fait une chute à vélo à Skopje le 31 décembre 2019. Il se plaignait de douleurs à l'épaule gauche. Il avait subi une ostéosynthèse à Skopje le 5 janvier 2020 suite à une fracture de la clavicule gauche.
- b.** Employé comme parqueteur et chef d'équipe par B_____ SÀRL, sise à Genève, il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) qui a pris en charge les suites de l'accident.
- c.** L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le 20 juillet 2020.
- d.** Selon le rapport des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 8 mars 2021, l'assuré a subi une cure de pseudarthrose clavicule gauche avec prise de greffe iliaque.
- e.** L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 4 août au 1^{er} septembre 2021. Il ressortait du rapport y relatif que les examens réalisés avaient mis en évidence des signes de tendinopathie sans déchirure de l'infra-épineux et du supra-épineux. Il n'y avait pas d'évidence de complication du matériel de consolidation claviculaire. L'examen neurologique n'avait pas objectivé d'atteinte des structures nerveuses périphériques. Les plaintes et les limitations ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives. L'assuré présentait une kinésiophobie légère à modérée, un catastrophisme élevé avec des traits anxio-dépressifs et une perception modérée de son handicap fonctionnel. À cela étaient associées de nombreuses auto-limitations et une focalisation sur la douleur. Sa participation avait été considérée comme mitigée. L'état de santé n'était pas encore considéré comme stabilisé.
- f.** Dans leur rapport du 9 novembre 2021, les HUG ont relevé que l'évolution à sept mois post-opératoires était compliquée par des douleurs devenues chroniques. Il n'y avait pas de signe pour une allodynie ou un syndrome douloureux régional complexe. Radiologiquement, la fracture était consolidée à un minimum de 50% et évoluait favorablement.
- g.** Selon le rapport du 17 août 2022 du docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale, l'assuré a consulté en urgence pour anxiété et dépression. L'assuré présentait un tableau anxio-dépressif contextuel dans le cadre d'une situation socio-familiale complexe et en lien avec une problématique de logement.
- h.** Le 5 janvier 2023, l'assuré a été soumis à un examen par le médecin d'arrondissement, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie. Il en ressortait qu'il avait eu un infarctus le 26 septembre 2022 qui avait conduit à la pose de deux stents. Il était retenu que l'état de santé

était stabilisé. L'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de parqueteur, étant précisé qu'il était chef d'équipe.

i. Sur cette base, par courrier du 14 mars 2023, la CNA a informé l'assuré mettre fin aux prestations d'assurance au 31 mars 2023.

j. Suite à l'annonce de l'intervention du 21 juin 2023 pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse associée à une ténodèse arthroscopique du long chef du biceps, la CNA a repris le versement des prestations.

k. Selon le rapport du 22 septembre 2023 du docteur E_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne, l'examen de scintigraphie a confirmé la bonne perméabilité des stents et l'absence de progression de la maladie coronarienne.

l. Selon le rapport des HUG du 14 novembre 2023, l'assuré rapportait des douleurs au niveau du processus coracoïde, aggravées lors des mouvements de force et une sensibilité au niveau du site du ténodèse ; ces douleurs empêchaient la reprise de son activité habituelle. À l'examen clinique, les amplitudes étaient en amélioration, mais restaient encore limitées avec une élévation antérieure active à 130°. Le bilan radiologique montrait une tête humérale centrée dans sa glène.

m. Dans son rapport du 22 janvier 2024, le Dr E_____ retenait que l'infarctus aigu du myocarde n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle sur le plan cardiaque. Il considérait que la capacité de travail était complète depuis le 15 mars 2023, ce dans toute activité.

n. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 12 mars 2024 a mis en évidence une fracture consolidée avec un minime œdème osseux versus remaniements post-opératoires, une tendinopathie modérée du sus-épineux avec lésion partielle prédominant sur le versant articulaire et au moins une lésion transfixiante focale avec bursite sous-acromiale, une tendinopathie pré-insertionnelle du sous-scapulaire ainsi qu'une anomalie de signal du quadrant labral postéro-supérieur.

o. Par projet de décision du 29 avril 2024, l'OAI a accordé une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2023.

p. L'assuré a séjourné à la CRR du 25 juin au 24 juillet 2024. Dans les conclusions du 27 août 2024, il était relevé que, sur le plan psychologique, l'assuré présentait des crises d'angoisse déclenchées par les douleurs, un sentiment de désespoir et même sporadiquement des idées suicidaires vagues. Le psychiatre avait mis en évidence une symptomatologie dépressive qui s'était développée progressivement depuis l'accident. L'assuré avait un suivi spécialisé depuis environ 3 mois. Il était relevé des auto-limitations. L'examen neurologique avait écarté une atteinte neuropathique.

q. Par avis du 9 septembre 2024, le Dr D_____ a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'état de santé étant stabilisé, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

r. Sur cette base, par décision du 10 décembre 2024, la CNA a octroyé une rente d'invalidité de 10% à compter du 1^{er} novembre 2024 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

s. Suite à la contestation de l'assuré, l'OAI a maintenu sa position par décision du 5 mai 2025.

t. Par courrier du 27 mai 2025 adressé à l'office cantonal des assurances sociales (ci-après : l'OCAS), l'assuré a fait recours contre la décision du 5 mai 2025, il invoquait que son état psychique n'avait pas été pris en compte alors qu'il avait été hospitalisé. Il annexait la lettre de sortie de la Clinique du Grand-Salève du 18 décembre 2024 ; il en ressortait que le recourant y avait séjourné du 16 au 19 décembre 2024 sur demande de son psychiatre, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il était retenu un épisode dépressif sévère. Cet envoi a été transmis à l'OAI comme objet de sa compétence le lendemain.

u. Par courrier du 2 juin 2025, l'OAI a indiqué à l'assuré que le délai d'opposition était dépassé et qu'une décision avait été rendue le 5 mai 2025. L'assuré devait s'adresser directement à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la Cour de céans) pour contester la décision.

B. a. Par acte du 10 juin 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 5 mai 2025 auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024 puis, dès le 1^{er} janvier 2025, à la reconnaissance d'un degré d'invalidité qu'il chiffrait entre 20 à 40% et à l'octroi de mesures de réadaptation. Il contestait disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 26 septembre 2023. Il s'opposait également au refus de mesures de réadaptation, ainsi qu'au gain d'invalidité fixé, ce dernier ne tenant pas compte de ses limitations fonctionnelles. Il relevait que l'OAI ne semblait pas avoir tenu compte de son infarctus.

b. Par réponse du 15 juillet 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par écriture du 18 août 2025, le recourant a persisté, faisant valoir que l'intimé n'avait pas investigué ses atteintes psychiques malgré son suivi auprès du Dr F_____.

d. Par courrier du 9 septembre 2025, l'intimé a demandé à la Cour de céans de solliciter un rapport circonstancié au psychiatre traitant.

e. Par courrier du 30 septembre 2025, la Cour de céans a posé plusieurs questions au Dr F_____, lui demandant de lui communiquer un rapport détaillé.

f. Par envoi du 21 octobre 2025, le Dr F_____ a notamment développé que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et d'un trouble douloureux persistant. Il suivait le recourant depuis le 22 mars 2024 à raison d'une fois par mois, le suivi était complété par deux consultations par mois avec un psychologue. Quatre antidépresseurs avaient été essayés avec une compliance partielle selon les prises de sang effectuées. La

collaboration du recourant pour le suivi était bonne, mais elle était notée comme fluctuante s'agissant de la prise de médicaments. L'évolution était stationnaire. Il retenait une capacité de travail de 50%, ce dans toute activité et sans diminution de rendement depuis le début de sa prise en charge. Le recourant pouvait travailler à 100% dans un atelier protégé. Le pronostic était bon s'il bénéficiait d'une réadaptation professionnelle dans une activité adaptée d'un point de vue somatique.

g. Invité à se déterminer, l'intimé a répondu par acte du 12 novembre 2025 maintenir sa position en se ralliant à l'avis du service médical régional (SMR) du 29 octobre 2025 qu'il produisait.

Dans cet avis, le SMR a indiqué ne pas avoir connaissance de l'atteinte psychiatrique. Il ne pouvait pas suivre les conclusions du Dr F_____ qui étaient peu compréhensibles et insuffisamment détaillées. Il proposait d'instruire le volet psychiatrique.

h. Par acte du 17 novembre 2025, le recourant a indiqué rejoindre les conclusions de l'intimé et du SMR, c'est-à-dire que le volet psychique devait être investigué. Il concluait au renvoi de son dossier à l'intimé ou à une demande de complément de la Cour de céans au Dr F_____.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

En l'espèce, par courrier adressé à l'OCAS le 27 mai 2025, le recourant a manifesté son intention de faire recours contre la décision litigieuse, car le volet psychique n'avait pas été pris en compte. Cet envoi aurait dû être directement transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence en application de l'art. 30 LPGA.

Au lieu de cela, l'OCAS a transmis l'envoi à l'intimé. Ce dernier a renvoyé le recourant à agir devant la Cour de céans par envoi du 2 juin 2025.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que, par envoi du 27 mai 2025, le recourant a manifesté sa volonté de faire recours contre la décision litigieuse et fait état de ses arguments. Ce courrier a été adressé en temps utile, de sorte qu'il sera retenu que le recourant a agi en temps utile, son recours sera dès lors déclaré recevable.

2.

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

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

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en janvier 2021, soit six mois après le dépôt de la demande du 20 juillet 2020 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2023 et à des mesures de réadaptation.

4.

4.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou

améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4.2 Conformément à l'art. 88a al. RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4.3 Selon l'art. 28a al. 1 1^{re} phrase LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA, aux termes duquel pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

4.4 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; ATAS/750/2019 du 26 août 2019 consid. 7).

5.

5.1 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 des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

5.2 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, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV

(Diagnostic and Statistical Manual) (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).

5.2.1 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). Cette procédure d'administration des preuves est notamment applicable à la fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1).

5.2.2 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

5.2.3 Ainsi, 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).

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

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). Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. 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)

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

Limitation uniforme du niveau 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).

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

5.2.5 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).

6.

6.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

6.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

6.2.1 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.

6.2.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 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).

6.2.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 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).

7. 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 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).

8.

8.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

8.2 Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V

210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9.

9.1 En l'occurrence, le recourant conteste l'appréciation médicale réalisée par l'intimé, la considérant comme incomplète, le volet psychique n'ayant pas suffisamment été investigué. Pour sa part, le SMR propose également une instruction complémentaire alors que l'intimé tout en se ralliant aux conclusions de ce dernier entend maintenir la décision litigieuse.

9.2 En l'espèce, la Cour de céans constate que le volet psychique n'a pas été investigué par l'intimé malgré les éléments au dossier faisant état d'atteintes psychiques avant la procédure de recours. Sur sa demande, la Cour de céans a sollicité un rapport circonstancié du Dr F_____, psychiatre.

Dans son envoi du 20 octobre 2025, le Dr F_____ a retenu que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et d'un trouble douloureux persistant, atteintes qui réduisent sa capacité de travail de 50% depuis le début de son suivi, soit le 22 mars 2024 sans aucune évolution. Il relevait une compliance fluctuante s'agissant de la prise de médicaments.

Après avoir pris connaissance dudit envoi, le SMR a considéré qu'il ne pouvait pas se rallier aux conclusions du Dr F_____, mais qu'il fallait procéder à des investigations sur le plan psychique.

La Cour de céans constate que le rapport du Dr F_____ ne précise pas plusieurs éléments importants comme par exemple les traitements prescrits au recourant ou les raisons envisagées s'agissant de la compliance fluctuante. Il est mentionné des troubles de la concentration, mais apparemment il n'a pas été effectué d'examen neuropsychologique, du moins le Dr F_____ n'en fait pas état. À cela s'ajoute que le rapport du Dr F_____ ne permet pas l'analyse des indicateurs telle que préconisée par la jurisprudence fédérale précitée pour l'examen du caractère invalidant des atteintes psychiques présentées par le recourant.

La Cour de céans note par ailleurs que le Dr F_____ mentionne également la présence d'un trouble douloureux persistant alors que ce diagnostic n'a pas été invoqué auparavant et qu'il n'a dès lors pas été investigué.

Par conséquent, il apparaît que les éléments médicaux au dossier sont insuffisants pour statuer sur les droits du recourant.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'un complément d'instruction médicale doit être réalisé sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire comprenant à tout le moins les volets psychiatrique, neuropsychologique et rhumatologique.

Vu les carences dans l'instruction réalisée par l'Office et la nécessité d'actualiser le dossier médical du recourant, un renvoi à l'intimé se justifie pour mise en œuvre d'une expertise.

- 10.** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 5 mai 2025 et de renvoyer la cause à l'intimé pour que la situation médicale du recourant soit instruite dûment, tant sur le plan somatique que psychique, en sollicitant les médecins du recourant afin d'actualiser le dossier avant la mise en place d'une expertise.

Le recourant, non représenté, n'a pas engagé de frais pour la défense de ses intérêts, le contraire n'est ni allégué, ni établi. Dans ces conditions, l'allocation d'une indemnité de dépens n'est pas justifiée.

La procédure en matière d'octroi de prestations d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), l'intimé supporte l'émolument de CHF 400.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 5 mai 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 400.- 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 suppléante

Nathalie KOMAISKI

Marie-Josée COSTA

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