

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3244/2023

ATAS/1046/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 23 décembre 2025**

**Chambre 3**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.** **a.** Le 15 juillet 2021, A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_ 1979, d'origine kurde irakienne, ayant obtenu la nationalité allemande, arrivé en Suisse en octobre 2014, marié et père de quatre enfants nées en 2013, 2015, 2016 et 2019, toutes atteintes d'autisme, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en invoquant des problèmes psychologiques et des douleurs dorsales ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis novembre 2015.
- b.** Dans un rapport du 3 août 2021, son médecin traitant, le docteur B\_\_\_\_\_, a fait état d'une incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 dans toute activité, en raison d'une dépression d'intensité sévère et de lombalgies chroniques qualifiées d'extrêmement invalidantes.
- c.** Le 9 août 2021, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du sport, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis juin 2020 pour des douleurs lombaires basses. À l'examen clinique, le médecin disait avoir observé une mobilité correcte de la colonne vertébrale, une marche sans particularité, l'absence de signe déficitaire et des réflexes ostéo-tendineux normaux aux membres inférieurs. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 14 juin 2019 avait montré l'absence de pathologie. Le médecin retenait donc le diagnostic de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de surcharge et de stress psychosocial important, expliquant que son patient était « sévèrement atteint dans son intégrité émotionnelle et psychique malgré un suivi en cours et une médication ».
- d.** La docteure D\_\_\_\_\_, dans un rapport du 3 août 2021, a conclu à des lombalgies communes chroniques et à un syndrome douloureux chronique, en relevant que son patient se trouvait dans un contexte familial compliqué, la majeure partie de sa journée étant consacrée à s'occuper des membres de sa famille et à les accompagner à leurs rendez-vous médicaux.
- e.** Le docteur E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a rendu un rapport en date du 12 octobre 2021. De ce rapport, difficilement lisible car très mal traduit de l'allemand (langue dans laquelle communiquent l'assuré et son psychiatre), il ressort en substance que l'intéressé souffre d'anxiété, de trouble panique et de dépression.
- f.** Le 31 août 2022, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution défavorable et d'une incapacité totale de travail.
- g.** Dans un rapport du 5 septembre 2022, le Dr E\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble de stress post-traumatique, trouble dépressif persistant sous forme de dysthymie et trouble catatonique dû à un trouble mental. En substance, il a expliqué que, depuis la prise en charge de l'assuré, en mars 2021, la situation sur

le plan psychique n'a pas évolué. Il a souligné que son patient était père de quatre filles autistes.

**h.** L'OAI a alors adressé l'assuré pour expertise au Centre d'expertises médicales de Nyon (CEMed). Les docteurs H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, ont rendu leur rapport en date du 24 mai 2023.

Ils ont constaté que, sur le plan physique, les différents intervenants avaient tous conclu à des lombalgies non spécifiques sans substrat organique, que les différentes thérapies s'étaient révélées inefficaces et le tableau inchangé, avec des douleurs parfois décrites comme excédant 10/10, alors que les prises médicamenteuses étaient peu importantes. L'examen clinique sur le plan physique s'était révélé objectivement strictement normal, avec des signes de majoration tout à fait nets.

Sur le plan psychique, l'expert a indiqué ne pas retrouver d'éléments probants en faveur d'un état de stress post-traumatique, dont il a expliqué qu'il serait très ancien et aurait probablement évolué vers une rémission ou une modification durable de la personnalité. En substance, il a été relevé que les plaintes anxieuses verbalisées par l'assuré ne le limitaient absolument pas dans les activités de la vie quotidienne.

Ont finalement été retenus à titre de diagnostics non invalidants : une majoration des plaintes somatiques pour raisons psychiques, des lombalgies fonctionnelles sans substrat organique et des durillons plantaires bilatéraux. En l'absence de diagnostics incapacitants, les experts ont jugé l'assuré apte à exercer toute activité à plein temps et ce, depuis toujours.

**i.** Le 28 juillet 2023, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

**j.** Le 7 novembre 2023, son psychiatre traitant a adressé à l'OAI un courrier soulignant que les médecins somaticiens avaient relevé un contexte de stress psychosocial et une situation psychosociale extraordinairement grave, ajoutant qu'il convenait de « débloquer le problème psychosocial qui est jugé primordial » (sic) et que son patient devrait « être considéré comme une entité biologique psychique et social » (sic). En substance, il ressort de ce document difficilement compréhensible et confus que le médecin reproche à l'expert de n'avoir pas compris la complexité de la situation de son patient, dont il soutient qu'il souffre d'un stress aigu qui s'ajoute à une souffrance post-traumatique.

**k.** Le 11 septembre 2023, le Dr C\_\_\_\_\_, a adressé à l'OAI un courrier, dans lequel il décrit les douleurs dont se plaint son patient au niveau lombaire. Le médecin admet que l'imagerie réalisée en 2019 s'est révélée normale, tout comme l'examen clinique – hormis une palpation lombaire et paralombaire sensible et des douleurs en extension du rachis –, que la mobilité est bonne, la démarche normale, la capacité de mouvement conservée et les signes neurologiques et radiculaires

absents. Il maintient son diagnostic de lombalgies chroniques sans atteinte structurelle ou neurologique d'étiologie non identifiée, mais explique que le contexte psychosocial est possiblement contributif à une chronicisation. Il émet l'avis que l'absence de lésion structurelle à l'imagerie ne constitue aucunement une raison de nier le vécu douloureux du patient. Il allègue que la présentation clinique de celui-ci s'est graduellement dégradée, avec une raideur progressive allant vers la prostration et une dégradation de son état psychique et que, dans un tel contexte, retenir une capacité de travail exigible de 100% lui paraît incompréhensible. Lui aussi reproche aux experts de n'avoir pas mesuré la complexité de la situation de son patient. Il conclut que « même Chat GPT fait preuve de plus d'empathie que le monde médical » (sic) et demande la mise en œuvre d'une « évaluation psychosociale réelle de la situation de vie de l'assuré », tout en reconnaissant par ailleurs que le « côté biomédical n'est à ce stade plus contributif » (sic).

**I.** Par décision du 25 septembre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assuré ne présentait pas d'atteinte invalidante.

**B. a.** Par écriture datée du 3 octobre 2023, déposée au guichet le 9 octobre 2023, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en invoquant l'avis des médecins qui le suivent depuis des années et en contestant les conclusions des experts, au motif que ceux-ci ne l'ont rencontré qu'une fois et se seraient montrés « peu à l'écoute ». Il évoque également des difficultés de traduction.

**b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 novembre 2023, a conclu au rejet du recours, en rappelant que l'expertise a été effectuée en présence d'un interprète, auprès duquel l'expert s'est assuré de la bonne compréhension mutuelle avec l'expertisé, d'une part, et que la durée de l'entretien entre expert et assuré ne constitue pas un critère reconnu par la jurisprudence comme ayant une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante du rapport d'expertise, d'autre part.

**c.** Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 13 juin 2024, au cours de laquelle a été entendu le Dr E\_\_\_\_\_.

Le témoin a expliqué que l'assuré lui a été adressé par ses médecins traitants, qui avaient conclu, devant l'absence de tout substrat organique, que sa souffrance immense devait avoir une origine psychique. Celle-ci s'exprime par le corps et se traduit par sa position et sa façon de se mouvoir, qui exprime la peur et l'angoisse.

Selon le témoin, le diagnostic de stress post-traumatique ne fait aucun doute. Il rappelle qu'il dispose d'une longue expérience en la matière, puisqu'il a travaillé avec d'anciens soldats aux USA pendant dix ans. Il souligne que l'assuré a grandi dans un milieu en guerre, qu'il a dû fuir l'Irak pour l'Iran - où il a passé plusieurs semaines, voire mois, dans un camp de réfugiés et a appris très jeune le décès de son père. Le témoin dit avoir noté plusieurs critères diagnostiques (un sentiment de menace de mort encore présent aujourd'hui, des reviviscences sous la forme de

cauchemars, de flashbacks, un sentiment de détresse et de honte, une hypervigilance, de la colère, de l'irritabilité et, parfois, une tendance à prendre le contrepied, ainsi qu'une tendance à l'évitement). Il ajoute que l'état de son patient est cristallisé : il est figé dans sa souffrance, de sorte que le stress post-traumatique n'a pu évoluer vers une rémission. Il conclut à la totale incapacité de travail de son patient.

**d.** Le 2 décembre 2024, la Cour de céans a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique, dont elle a confié le mandat au docteur F\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute (ATAS/947/2024).

La Cour a constaté que, si l'absence de toute atteinte physique invalidante était admise par tous, de nombreux médecins avaient relevé l'existence d'une atteinte psychique importante. Le rapport de l'expert psychiatre, qui se contentait d'écarter tout diagnostic psychique en quelques lignes peu motivées n'emportait pas la conviction, pas plus que le témoignage et les rapports du psychiatre traitant, relativement confus. Il se justifiait dès lors d'ordonner une expertise psychiatrique, afin de déterminer si l'assuré souffrait d'une atteinte psychique invalidante, à distinguer de sa situation psychosociale, certes compliquée, mais ne relevant pas de l'assurance-invalidité.

**e.** L'expert judiciaire a rendu son rapport en date du 1<sup>er</sup> mars 2025.

Il a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble anxieux et dépressif mixte, tous deux de degré sévère au plan subjectif, mais de degré modéré au plan objectif.

À titre de limitations fonctionnelles induites par le trouble somatoforme, l'expert a retenu les limitations des mouvements et des efforts, la fatigue et les troubles de l'attention, toutes limitations qu'il a qualifiées d'objectivement modérées. Au nombre de celles découlant du syndrome anxio-dépressif, il a évoqué la limitation de la motivation et de la confiance en soi, tout en soulignant que ces limitations n'étaient que légères.

En substance, s'agissant de la capacité de travail, l'expert a indiqué ne pas avoir d'explication médicale au comportement adopté par l'assuré après la perte de son emploi. Les limitations fonctionnelles objectives sont modérées. L'expertisé a tendance à majorer ses plaintes et à adopter un comportement régressé, dépourvu de substrat médical objectif. Du fait de leur aspect durable, l'expert admet que les limitations fonctionnelles affectent le rendement professionnel dans une mesure modérée, 20% tout au plus. Selon lui, l'assuré est apte à exercer au taux légèrement réduit de 80% toute activité adaptée à ses compétences et à son état physique, et ce depuis octobre 2021, date du premier rapport du Dr E\_\_\_\_\_.

**f.** L'intimé, par écriture du 27 mars 2025, a indiqué ne pouvoir se rallier aux conclusions de l'expert quant à une diminution de la capacité de travail de 20%, faute d'élément médical objectif la justifiant.

Pour le reste, il s'est référé à l'avis émis par le SMR en date du 12 mars 2025.

Ce dernier, alléguant que les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail, pouvant conduire à une invalidité, que ce diagnostic n'a pas été retenu par un des deux experts et que les symptômes sont reconnus comme modérés par les deux experts, considère que ces plaintes douloureuses ne peuvent être considérées comme incapacitantes.

Quant au diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte, le SMR relève que l'expert judiciaire, dans son status, ne trouve aucun critère pour une anxiété ou pour une baisse de l'humeur. Là encore, il considère que ce diagnostic ne saurait être qualifié d'invalidant.

**g.** Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **EN DROIT**

### **1.**

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

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

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

**1.3** La procédure devant la Cour de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

### **3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

**3.2** En l'occurrence, l'éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en janvier 2022, soit six mois après le dépôt de la demande du 15 juillet 2021 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

#### 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).

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 (art. 7 al 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**4.2** 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).

**4.3** Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques

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

Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la

prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

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

**4.4** 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).

## 5.

**5.1** 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

**5.2** Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI).

**5.3** 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

**5.4** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

**5.4.1** 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).

**5.4.2** 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 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par

conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**5.4.3** 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).

**5.5** 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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).

**5.6** De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

- 6.** En l'occurrence, l'intimé, se basant sur les conclusions de l'expertise du CEMed du 24 mai 2023, ainsi que sur l'avis émis par le SMR en date du 12 mars 2025, considère que le recourant ne peut se voir reconnaître le droit aux prestations, faute d'invalidité, ce qui est contesté par le recourant, qui invoque principalement l'avis de son psychiatre traitant.

La Cour de céans, considérant que la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise du CEMed faisait défaut, a mis en œuvre une expertise judiciaire dont il convient de vérifier la valeur probante, celle-ci étant mise en doute par l'intimé.

L'expert a basé son expertise sur l'étude du dossier fourni par la Cour de céans, l'examen clinique de l'assuré – effectué avec la participation d'un interprète germanophone –, un dosage sanguin du psychotrope prescrit, ainsi que sur un contact téléphonique avec le psychiatre traitant.

L'expert s'est ensuite livré à une anamnèse personnelle et professionnelle et à une description du contexte social, ainsi que de la vie quotidienne et sociale. Il s'est également fait le relais des plaintes de l'assuré, avant de procéder à une anamnèse psychiatrique systématique, de décrire le status psychiatrique et de faire état de ses constatations objectives.

L'expert a mentionné que la coopération du recourant à l'examen devait être qualifiée de moyenne. L'assuré avait certes répondu à toutes les questions, mais avait parfois affirmé de manière peu crédible ne pouvoir le faire (par exemple, lorsqu'il avait déclaré ignorer le nom de son psychiatre traitant). La collaboration au test cognitif n'avait pas non plus été optimale. En outre, des informations n'étant pas ressorties de l'entretien, mais figurant sur le *curriculum vitae* (CV) de l'expertisé, avaient jeté un éclairage complémentaire, plus positif, sur le parcours de vie de l'assuré. De ce document, il ressort en effet qu'avant d'émigrer en Allemagne, l'assuré a fréquenté en Irak une école supérieure de commerce entre 1997 et 2000, donc entre l'âge de 18 et 21 ans. Cette fréquentation d'une école post-obligatoire relativise la notion d'une scolarité obligatoire médiocre, handicapée par des troubles de la mémoire et de la concentration, telle que présentée par l'expertisé. Elle interroge aussi sur la signification des erreurs de calcul commises durant le test de calcul basique passé au cours de l'examen. D'autant que le même CV mentionne que l'expertisé a été propriétaire d'une entreprise, entre 2006 et 2014, et qu'il maîtrisait plusieurs langues (kurde, arabe, persan, allemand, turc). Le dosage médicamenteux s'est révélé inférieur à ce qui était attendu, ce qui peut être dû à une compliance variable ou à un problème métabolique.

S'agissant des diagnostics, l'expert a relevé un tableau polymorphe, mal systématisé et des incohérences dans l'anamnèse et le status. Il a expliqué que la présentation très particulière de l'expertisé fait penser, au premier regard, à une grande pathologie psychiatrique (soit un retard mental, soit une grande psychose schizophrénique ou dépressive, soit encore une maladie neurologique). Cependant, le retard mental est exclu, puisque l'expertisé a relativement rapidement acquis la maîtrise de l'allemand, langue très éloignée de sa langue maternelle, qu'il a montré pendant l'entretien une bonne capacité de raisonnement et qu'il a pu apprendre plusieurs langues et fréquenter une école post-obligatoire. En l'absence de bizarreries du comportement, du discours et de la pensée, et de véritables idées délirantes ou hallucinations, la schizophrénie est également

exclue. Tout comme une dépression sévère, en raison de l'absence des signes habituellement présents alors (ralentissement généralisé, amaigrissement ou tristesse visible et constante). Enfin, rien dans le dossier ne permet d'orienter vers une piste neurologique. L'expert en a tiré la conclusion qu'il existait donc un écart entre, d'une part, l'impression générale, *prima facie*, d'un état psychique grave et, d'autre part, l'absence, à l'examen détaillé, de signes objectifs d'une pathologie sévère qui pourraient expliquer la présentation figée et passive du recourant.

Une des plaintes principales est la présence de douleurs multiples et chroniques (lombalgies, douleurs des membres, céphalées), qui paraissent provoquer chez l'expertisé un sentiment de détresse qui le pousse à consulter de multiples spécialistes et à chercher divers traitements. Les données du dossier concluent à l'absence de substrat somatique pouvant expliquer ce syndrome douloureux, rebelle aux traitements. Les douleurs sont survenues et persistent dans un contexte de problèmes psychosociaux notables (séparation de la famille d'origine, établie en Allemagne ; problèmes de santé mentale chez les quatre fillettes du couple ; et plus récemment, risque d'expulsion de la famille de l'appartement). Dans ces circonstances, l'expert a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

S'agissant des troubles cognitifs sévères dont se plaint également l'assuré, l'expert a objectivement constaté que les fonctions de mémoire et d'attention étaient conservées (l'assuré a été capable de collaborer à deux entretiens soutenus de plus de deux heures chacun, dans une langue étrangère de surcroît). Les réponses données à une épreuve de mémoire ont laissé l'expert perplexe sur le degré de collaboration au test, dont il paraissait évident qu'il avait été faussé, le faible score obtenu ne traduisant pas les réelles capacités de l'expertisé. C'est la raison pour laquelle l'expert a retenu la présence de troubles cognitifs subjectifs, n'atteignant pas un degré de gravité les rendant objectivables. Il a mentionné que l'on retrouve ce type de symptôme subjectif dans les troubles anxieux et/ou dépressifs légers. Lorsque l'anxiété ou la dépression sont sévères, les manifestations cognitives deviennent objectivables, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence.

L'expert a d'ailleurs mis en évidence des manifestations anxieuses et dépressives, dont il a cependant précisé que la gravité réelle était difficile à cerner. Les symptômes végétatifs d'anxiété rapportés par l'intéressé paraissaient crédibles, mais sans atteindre le degré sévère et paroxystique d'attaques de panique. L'évitement relaté par le recourant était par ailleurs peu spécifique et surmontable. Le souvenir traumatique des événements de guerre auxquels l'intéressé a dit avoir été exposé paraissait plausible. Encore fallait-il se poser la question de l'existence éventuelle d'un état de stress post-traumatique. L'expert ne l'a pas exclu, mais a indiqué qu'il était difficile de l'affirmer. En particulier, il n'avait pas retrouvé le caractère à la fois précis, sensoriel, fragmentaire et émotionnel qu'ont habituellement les phénomènes intrusifs de l'état de stress post-traumatique.

Quant aux autres manifestations d'un tel syndrome, elles n'étaient pas présentes. L'évitement allégué par l'assuré ne concernait pas spécifiquement les stimuli rappelant le vécu traumatique. Aucun comportement hypervigilant n'a non plus été observé, pas plus qu'une différenciation affective par rapport à ses proches, au contraire. En définitive, l'expert a estimé ne pouvoir retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique au sens de la classification internationale.

Des symptômes subjectifs de la série dépressive (diminution de l'humeur, de l'énergie, du plaisir, de la libido et syndrome somatique) ont été notés, mais les corrélés objectifs habituellement présents en cas de dépression d'une certaine gravité étaient absents, de sorte que le degré d'un véritable épisode dépressif au sens de la classification internationale n'était pas atteint, raison pour laquelle l'expert a conclu en définitive à la présence de manifestations anxieuses et dépressives chroniques et de degré modéré, n'atteignant pas le degré d'un trouble anxieux ou dépressif spécifique, mais correspondant plutôt à un trouble anxieux et dépressif mixte.

En définitive, l'expert a donc retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble anxieux et dépressif mixte, tous deux de degré sévère au plan subjectif, mais de degré modéré au plan objectif.

L'expert a ensuite discuté les autres appréciations cliniques disponibles au dossier. Il s'est déclaré d'accord avec le Dr E\_\_\_\_\_ quant à la présence d'une dépression chronique de degré modéré, mais a répété que la présence d'éléments anxieux associés l'avait pour sa part conduit à préférer le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. En revanche, il ne pouvait se ranger à l'avis de ce médecin quant à l'existence d'un état de stress post-traumatique, pour les raisons déjà indiquées préalablement. Il en allait de même pour le trouble catatonique. En effet, le syndrome catatonique, devenu rare depuis que la schizophrénie est traitée précocement, est une manifestation aiguë et grave de la schizophrénie, plus rarement encore d'une dépression sévère avec syndrome psychotique. Or, dans le cas présent, la schizophrénie est exclue. La position corporelle particulière adoptée par l'assuré ne relève pas d'une catatonie, dès lors que la rupture de la communication avec l'intéressé - élément essentiel à ce diagnostic - fait défaut.

Au diagnostic de majoration des plaintes somatiques pour raisons psychiques retenues par les experts du CEMed, l'expert a indiqué préférer celui de syndrome douloureux somatoforme persistant.

S'agissant du Dr C\_\_\_\_\_, l'expert a relevé qu'il ne se prononçait pas sur la capacité de travail de son patient et qu'il soulignait l'importance des facteurs psychosociaux dans l'évaluation des douleurs chroniques.

Le nouveau psychiatre traitant, le docteur G\_\_\_\_\_, avait quant à lui diagnostiqué une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophes. L'expert a admis que le comportement de l'assuré présentait certaines analogies avec les manifestations de cette atteinte (notamment le comportement régressé, la

méfiance et le repli social). Cela étant, il lui était difficile de se rallier à ce diagnostic, car la classification internationale le réserve à des situations où le sujet a été exposé à un ou des facteurs de stress qualifiés de catastrophiques (emprisonnement en camp de concentration, torture, désastre, danger vital, etc.). Or, l'expertisé n'a pas été exposé à des facteurs de stress extrêmes de ce type. Par ailleurs, l'évolution semble à l'expert atypique pour une modification de la personnalité à la suite d'une situation de stress catastrophique. Il est probable que l'assuré a été exposé à des situations de stress majeur liées aux guerres que son pays a connues durant son enfance et son adolescence. Mais cela ne l'a pas empêché, si l'on en croit son CV, de fréquenter une haute école spécialisée de commerce, puis, devenu adulte, de travailler dans son pays d'abord, puis de réussir à émigrer en Allemagne. Il s'est intégré dans ce pays, en a appris la langue et y a travaillé. Dans ces conditions, l'expert comprend mal qu'une modification de la personnalité puisse être intervenue récemment dans sa vie, soit bien longtemps après l'exposition aux situations de guerres, et ce après avoir été ouvert, sociable et heureux en Allemagne (le certificat de travail du dernier employeur du recourant décrit en 2018 un homme très différent [conscientieux, organisé et efficace, autonome et dynamique, sachant gérer des situations délicates et anticiper les problèmes]). Il paraît douteux, en cas de graves perturbations de la personnalité et du comportement en relation avec un passé traumatique, que celles-ci soient apparues longtemps après les faits et relativement soudainement.

S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a indiqué que les limitations fonctionnelles subjectives habituelles sont les limitations des mouvements et des efforts, la fatigue et les troubles de l'attention. Chez l'expertisé, l'obésité est une cause objective supplémentaire de fatigue. Les troubles de l'attention dont il se plaint sont modérés puisqu'ils n'atteignent pas le degré objectif. De manière générale, après examen minutieux, l'expert a estimé que les limitations fonctionnelles liées au syndrome douloureux chronique paraissaient objectivement modérées. Quant à celles découlant du syndrome anxio-dépressif (limitation de la motivation et de la confiance en soi), elles n'étaient que légères.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert a indiqué ne pas avoir d'explication médicale au comportement adopté par l'assuré après la perte de son emploi. Les limitations fonctionnelles objectives sont modérées. L'expertisé a tendance à majorer ses plaintes et à adopter un comportement régressé (inactif et dépendant) qui est dépourvu de substrat médical objectif. Du fait de leur aspect durable, on peut admettre que les limitations fonctionnelles affectent le rendement professionnel dans une mesure modérée, que l'expert a évalué à 20% tout au plus.

De façon générale, l'expert a indiqué adopter une appréciation plus proche de celle des experts du CEMed que de celle des Drs E\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, aussi bien du point de vue du diagnostic que de celui de la capacité de travail. Selon l'expert, l'assuré est apte à exercer au taux légèrement réduit de 80% toute activité adaptée

à ses compétences et à son état physique. La baisse de rendement de 20% est documentée depuis octobre 2021, date du premier rapport du Dr E\_\_\_\_\_. Dans la restauration, l'intéressé est apte à travailler à un taux légèrement réduit de 80% ; comme chauffeur-livreur – seule activité qu'il dit avoir exercée en Suisse – également, après un bref réentraînement à la conduite automobile. Les limitations fonctionnelles ne justifient pas une réadaptation professionnelle, car elles se manifesteraient dans toute activité.

La Cour de céans constate que l'expert s'est ainsi livré à une analyse approfondie, détaillée et motivée de la situation du recourant. Cela étant, il est vrai que, dans la mesure où il ne retient que des limitations modérées, la conclusion finale à une légère diminution de rendement malgré tout peut interroger.

À l'instar du SMR, on note que le caractère léger (des manifestations anxio-dépressives) à modéré (des douleurs) des atteintes retenu par le Dr F\_\_\_\_\_ est étayé par le fait qu'il qualifie également les limitations fonctionnelles de légères et qu'il évalue la baisse de rendement à 20% « au plus ».

La Cour de céans relève que, quoi qu'il en soit, que la capacité résiduelle de travail dans toute activité soit évaluée à 80% ou 100%, le degré d'invalidité, de 20% dans l'hypothèse la plus favorable au recourant, demeure insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Quant à d'éventuelles mesures professionnelles, elles n'entrent pas en considération, dès lors que les activités exercées par le passé par le recourant lui demeurent accessibles.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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