

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3383/2025

ATAS/1039/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 décembre 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Alexia RAETZO, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

---

---

**EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_1971, titulaire d'un diplôme d'études supérieures (ci-après : DES) en économétrie, a déposé une demande de prestations d'invalidité qui a été reçue, en date du 16 novembre 2020, par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

**b.** L'assuré s'est plaint de difficultés psychologiques depuis janvier 2010. Il a mentionné être suivi par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour une dépression et des troubles de la personnalité, avec un traitement allant du mois de septembre 2017, jusqu'au mois d'octobre 2020, ainsi que par la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour une dépression et des problèmes de couple, en traitement depuis septembre 2017, jusqu'à novembre 2020

**c.** Selon le curriculum vitae (ci-après : CV) de l'assuré, ce dernier a obtenu son DES en économétrie en 1996. Il a ensuite travaillé une année (1997-1998) en qualité de stagiaire auprès de la BANQUE D\_\_\_\_\_ SA, puis une année (1998-1999) en qualité de trader auprès de E\_\_\_\_\_, puis quatre ans (1999-2003) en qualité de conseiller sur les marchés financiers auprès de F\_\_\_\_\_ SA. Il a ensuite travaillé une année (2004-2005) en qualité d'analyste financier auprès de G\_\_\_\_\_ à Gibraltar, puis une année (2006-2007) en qualité d'économètre auprès de l'administration fiscale cantonale, puis deux ans (2008-2010) en qualité d'assistant de gestion auprès de H\_\_\_\_\_ SA. Après une pause de trois ans, il a ensuite travaillé une année (2013-2014) en qualité de consultant informatique auprès de I\_\_\_\_\_ SA ; après une pause d'une année, il a ensuite travaillé deux ans (2015-2017) en qualité de développeur d'affaires auprès de J\_\_\_\_\_ Sàrl, puis après une nouvelle pause d'une année, il a travaillé trois mois (novembre 2018-janvier 2019) en qualité de consultant informatique, auprès de K\_\_\_\_\_ SA. Depuis lors, il ne travaille plus.

**d.** Par note du 28 janvier 2021, l'OAI a retenu un statut actif à 100%, mentionnant qu'auprès de son dernier employeur, K\_\_\_\_\_ SA, l'assuré travaillait à hauteur de 40 heures par semaine.

**e.** À la demande de l'OAI, le Dr B\_\_\_\_\_ a complété un rapport médical daté du 12 février 2021. Selon le médecin traitant, l'assuré souffrait de troubles de la personnalité (F60.8) avec plusieurs traits anxieux, labile et dépendant, ce qui ne permettait pas de déterminer un type précis. Son discours était logorrhéique, confus et sa pensée était discontinuée. Il était angoissé, souffrait de troubles du sommeil et son mal-être était flagrant. Il se levait tard, était souvent désorganisé et n'effectuait aucune démarche, avec la circonstance aggravante que la situation liée au coronavirus avait augmenté son angoisse et son inertie. Selon le médecin, les troubles de l'assuré invalidaient assez considérablement les différents domaines de sa vie et la situation actuelle, liée au coronavirus, avait accentué ses

difficultés. Il était incapable de travailler actuellement et avait perdu toute confiance en lui ; il avait peur de toute confrontation et sa pensée était désorganisée par l'angoisse. Néanmoins, un étayage thérapeutique était un appui essentiel qui permettait de contenir ses angoisses. Le médecin traitant considérait que, dans un cadre de travail adapté à ses angoisses, sa capacité de travail était de 100% en tenant compte de ses difficultés : angoisse, manque de confiance en lui, difficultés à gérer les conflits et les émotions liées aux conflits. Il était suggéré que l'assuré bénéficiât d'un programme de réinsertion progressif. Actuellement, le psychiatre mentionnait que l'assuré était bien présent, lors des séances hebdomadaires, et prenait régulièrement son traitement, soit 50 mg de Trittico le soir et 10 mg de Stillnox.

**f.** Le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a recommandé, dans un avis médical du 20 janvier 2022, qu'une expertise psychiatrique, avec bilan neuropsychologique, soit effectuée et le mandat a été octroyé à la docteure L\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui, après des entretiens d'une durée de 4h40, a rendu son rapport d'expertise psychiatrique, en date du 19 mai 2022.

**g.** Après une anamnèse familiale, professionnelle, psychiatrique et somatique, l'experte a décrit les plaintes de l'assuré, qui disait avoir du mal à dormir, des difficultés à se concentrer plus de cinq minutes, s'assoupir devant la TV, souffrir de troubles mnésiques, « j'oublie tout ! », d'anxiété lorsqu'il descendait les poubelles, craignant, par exemple, de se faire agresser dans le local à poubelles, en lien avec l'agression d'un groupe de jeunes, subie en novembre 2021, alors qu'il retirait de l'argent auprès d'un bancomat. L'experte, faisant un constat psychiatrique, estimait que l'assuré était orienté aux quatre modes, qu'il n'y avait pas d'agitation motrice, que la posture était détendue, sans rigidité, mais que le flux verbal était légèrement précipité, avec de très nombreux aspects circonstanciés digressifs, donnant une impression de confusion mais disparaissant après une heure d'entretien. Il n'y avait pas de distractibilité, la concentration et la tension étaient bonnes, *idem* pour la mémoire des faits récents et anciens et l'humeur était neutre, sans tristesse apparente, sans tension faciale ni sanglots ; il n'y avait pas de désespoir perceptible, pas d'idées noires suicidaires, pas de troubles du cours, ni du contenu de la pensée, pas d'hallucinations, pas d'idées délirantes, pas de trouble du comportement ou de bizarrerie et pas de fatigue perceptible à l'issue de l'entretien.

Les analyses de laboratoire faisaient toutefois apparaître que l'assuré n'était pas compliant à la prise de Trittico, dont la présence dans le sang était très faible, alors que la présence de PEth faisait apparaître une consommation excessive d'alcool.

L'experte posait un diagnostic actuel de trouble anxieux et dépressif de degré léger (F41.2) mais ne partageait pas le diagnostic de trouble de la personnalité avancé par le Dr B\_\_\_\_\_ ; seuls quelques traits de personnalité avaient été mis

en évidence dans l'anamnèse, notamment une fluctuation de l'humeur et des difficultés adaptatives sur le plan professionnel dès 2012. Il n'y avait pas eu de trouble psychique avant 2018. Par ailleurs, au regard des plaintes de l'assuré, qui mentionnait des périodes d'une durée de deux ou trois semaines pendant lesquelles il présentait une anxiété, une irritabilité, une tristesse, une aboulie, davantage de fatigue *etc.*, l'experte faisait l'hypothèse d'une dysthymie (F34.1) ou d'un trait de personnalité émotionnellement labile, avec labilité de l'humeur et des difficultés à gérer ses émotions, de degré léger.

La Dre L\_\_\_\_\_ mentionnait que l'assuré bénéficiait de ressources internes et externes qui étaient : une formation diplômante universitaire, des relations familiales et affectives investies et stables, des intérêts variés dans différents domaines. Les difficultés étaient une perte de conditionnement liée à l'absence d'activité lucrative depuis dix ans (rythme, stress, hiérarchie, exigence de rendement), une absence de mise à jour des compétences professionnelles depuis 2012 et des difficultés dans la gestion des émotions, face à certains stress affectifs (notamment le décès d'un oncle en 2020).

S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, l'experte estimait qu'il pouvait travailler progressivement, sur plusieurs mois jusqu'à huit heures par jour, dans une activité habituelle aménagée (en raison du déconditionnement depuis dix ans), avec un début d'activité à 50% et en tenant compte des limitations fonctionnelles. Sa performance était réduite, en raison du déconditionnement, avec une baisse de 20 à 30% en début d'activité, soit sur une durée de six mois. Après une période de réadaptation professionnelle, sur au moins six mois, la capacité de travail de l'assuré était estimée à 100%. Il était précisé que la capacité de travail dans l'activité habituelle existait depuis toujours (si on ne tenait pas compte du déconditionnement) avec possiblement des baisses de rendement occasionnelles, en cas de difficultés adaptatives. L'estimation de la capacité de travail dans une activité correspondante aux aptitudes de l'assuré était jugée de la même façon que sa capacité de travail dans son activité habituelle. S'agissant des dates, l'experte considérait que l'assuré n'avait pas eu de perte de capacité de travail durable engendrée par une atteinte à la santé et que sa capacité de travail aménagée était de 100%, avec fluctuation de rendement possible (20%). La capacité de travail dans l'activité habituelle aménagée correspondait à une activité adaptée, que l'assuré pouvait assumer à 100% depuis toujours. L'experte précisait que, par capacité de travail aménagée dans l'activité habituelle, elle voulait dire qu'il fallait tenir compte du déconditionnement et d'un possible manque de mise à jour des compétences nécessaires à son activité, dans le domaine de la finance ou de l'informatique.

La capacité de travail pouvait être améliorée avec un suivi psychiatrique plus soutenu, une amélioration de la compliance à la médication concernant les troubles du sommeil. On pouvait envisager un traitement d'antidépresseurs à visée anxiolytique pour le trouble anxieux et dépressif de degré léger, afin de

permettre à l'assuré de s'adapter aux mesures et d'optimiser les chances de succès. Il était conseillé, à un mois, de répéter le dosage du PEth afin de confirmer ou d'infirmer une consommation excessive d'alcool ou une erreur de laboratoire. En cas de confirmation de la consommation d'alcool, une prise en charge psycho-éducative paraissait nécessaire, afin de diminuer ladite consommation, source de fatigue, de perte de motivation et d'énergie.

Enfin, l'experte psychiatre considérait qu'un examen neuropsychologique n'était pas nécessaire dès lors qu'il n'avait pas été mis en exergue de difficultés cognitives entravant la capacité de travail, même si en situation de stress, les compétences qui étaient attestées pouvaient être impactées négativement, mais à un degré léger et ponctuel.

**h.** Par projet de décision du 30 mai 2022, se fondant sur les résultats de l'expertise, confirmés par un rapport du SMR du 25 mai 2022, l'OAI a refusé tout droit à des prestations de l'assurance invalidité, ne reconnaissant qu'une incapacité de travail transitoire de 60%, du mois de novembre 2021 au 24 mai 2022.

**i.** Par courrier du 25 août 2022 adressé à l'OAI, les psychiatres traitants de l'assuré, les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, ont réagi par rapport aux conclusions de l'expertise et ont considéré que l'assuré ne disposait plus de sa capacité de travail, car il n'avait jamais pu garder une place de travail de façon stable. Tous ses engagements s'étaient toujours terminés dans la confusion, le conflit et par un licenciement. L'épouse de l'assuré avait fait part au médecin des difficultés qu'elle rencontrait au quotidien avec son mari, qui était complètement désorganisé, très angoissé face aux démarches administratives effectuées tout en procrastinant « de façon caricaturale ». Il pouvait parfois être très impulsif lorsqu'il se mettait en colère, ce qui faisait naître des craintes chez son épouse. Relevant que l'assuré avait une sœur bipolaire, qui avait fait de fréquents séjours à Belle-idée pour des épisodes maniaques, les médecins traitants envisageaient que l'assuré souffrît d'un trouble bipolaire de type II et/ou d'un trouble de l'attention et de la concentration THADA.

**j.** Par avis médical du 19 septembre 2022, le SMR a pris position par rapport à l'appréciation des médecins traitants et a proposé de soumettre à l'experte L\_\_\_\_\_ les questions se rapportant à un trouble bipolaire de type II et/ou un trouble THADA, tout en mentionnant, le cas échéant, si ces éventuelles atteintes psychiatriques incapacitantes pouvaient modifier les conclusions du rapport d'expertise d'avril 2022. Les questions ont été soumises à la Dre L\_\_\_\_\_, qui a répondu, par complément d'expertise du 14 novembre 2022, en considérant que le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ attestait de nouveaux troubles/diagnostics psychiatriques chez l'assuré, mais dont la probabilité n'était pas attestée cliniquement. Ce rapport des médecins traitants ne permettait pas de modifier les diagnostics attestés dans l'expertise, les symptômes décrits étant peu spécifiques. Par ailleurs,

l'experte insistait sur le fait que les propositions thérapeutiques figurant dans son expertise devaient être tentées, notamment les antidépresseurs, le contrôle de la prise de médicaments par l'assuré et le contrôle de la consommation d'alcool.

**k.** Par décision du 5 décembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision, refusant tout droit à des prestations invalidité à l'assuré.

**l.** Par acte de son mandataire, posté le 18 janvier 2023, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 5 décembre 2022 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant préalablement à son audition, puis principalement, à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée, subsidiairement, à ce qu'une expertise médicale, comprenant un examen neuropsychologique, soit ordonnée.

**m.** Par arrêt du 23 novembre 2023 (ATAS/906/2023), la chambre de céans a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Il était nécessaire de procéder à une nouvelle évaluation psychiatrique des ressources de l'assuré qui venait de se séparer de son épouse et de réaliser un bilan neuropsychologique qui n'avait pas été effectué auparavant, afin de se déterminer sur la possibilité d'un trouble de l'attention et de la concentration.

**B. a.** Après entrée en force de l'arrêt du 23 novembre 2023, l'OAI a repris l'instruction et a confié un mandat de complément d'expertise à la Dre L\_\_\_\_\_.

**b.** L'experte a rendu son rapport d'expertise complémentaire en date du 23 avril 2025. Dans le cadre de l'anamnèse, il était confirmé que l'assuré avait divorcé et qu'il bénéficiait des aides sociales. L'experte relevait que la situation psychique de l'assuré s'était dégradée, en mars 2023, lors de son divorce et son état psychique n'était pas encore stabilisé aujourd'hui, avec des alternances entre phase dépressive et neutre. Il souffrait d'un trouble bipolaire de type II, incapacitant depuis fin 2022 (F31.81). Ses capacités de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée étaient nulles depuis fin 2022 avec la probabilité que le taux de capacité de travail ait été fluctuant depuis 2021. S'agissant de l'évolution, l'experte considérait que la capacité de travail était de 100% entre 2019 et septembre 2022, nulle dès la fin de l'année 2022 puis en 2023 et 2024 puis, depuis le début de l'année 2025, la capacité de travail pouvait être estimée à 20–30%, avec une augmentation envisageable mais dépendant de l'évolution de son trouble bipolaire.

**c.** Par projet de décision du 6 mai 2025, l'OAI a proposé un droit à la rente de 100% d'une rente entière d'invalidité d'un degré de 100%, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2023, à l'échéance du délai d'une année. Pour la période antérieure, à partir du 17 avril 2019, l'assuré souffrait d'une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais jouissait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. La perte de gain découlant du changement d'activité s'élevait à

---

CHF 11'765.- soit 17% en considérant un revenu sans invalidité de CHF 70'999.- et un revenu avec invalidité de CHF 59'234.-, ce qui ne donnait pas droit à une rente.

**d.** Pendant le délai d'audition, le conseil de l'assuré a demandé la communication du dossier. Par courrier du 11 juin 2025, il a contesté les calculs effectués par l'OAI pour fixer le revenu sans invalidité, en considérant qu'il fallait prendre en compte les revenus des années 2000 à 2011 pendant lesquelles le recourant avait gagné, en moyenne, un salaire annuel supérieur à CHF 100'000.-, avant que sa santé ne se dégrade à partir de l'année 2011.

**e.** Par décision du 26 août 2025, l'OAI a confirmé le projet de décision, joignant un tableau de calcul établissant le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2023 au 31 décembre 2024, ainsi qu'une rente entière d'invalidité, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

**C. a.** Par acte de son conseil, posté en date du 26 septembre 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 26 août 2025 auprès de la chambre de céans. Il a conclu à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'une rente entière d'invalidité, se fondant sur un taux d'invalidité de 100%, lui soit octroyée dès le 1<sup>er</sup> mai 2021. En substance, le recourant considérait que son invalidité était antérieure à la date retenue par l'OAI, ce qui ressortait, selon lui, des rapports médicaux. De surcroît, le taux d'invalidité de 17% qui avait été calculé par l'OAI était erroné pour la période allant de 2019 à 2023 et c'était un salaire annuel moyen sans invalidité de CHF 108'448.- qui aurait dû être pris en compte par l'OAI, ce qui aboutissait à une perte de gain correspondant à un degré d'invalidité de 46% au lieu du taux de 17% retenu par l'OAI. À défaut, en prenant un niveau de compétence plus bas, il fallait, à tout le moins, retenir un salaire annuel de CHF 101'316.-, ce qui entraînait une perte de gains correspondant à un degré d'invalidité de 42%, donnant droit à une rente.

**b.** Par réponse du 11 novembre 2025, l'OAI a considéré que l'expertise de la Dre L.\_\_\_\_\_ présentait une pleine valeur probante et qu'il fallait donc se fonder sur la date qu'elle avait retenue pour le début de l'incapacité de travail. Le recourant ne présentait aucun argument concret permettant, objectivement, de contredire l'appréciation de l'experte. En ce qui concernait l'estimation des revenus du recourant, l'OAI constatait que ces derniers avaient fortement baissé depuis 2011, alors même que l'atteinte incapacitante était survenue en 2019. L'assuré n'avait pas recherché de soins, ni bénéficié d'un suivi à l'époque et aucune pièce du dossier ne permettait de constater une atteinte incapacitante ayant justifié la réduction due au changement d'activité.

**c.** Par réplique du 28 novembre 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions, joignant un questionnaire pour employeur rempli le 25 janvier 2021 et remettant en question la date de survenance de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité en rapport avec le courrier du 25 octobre 2025 de la CAISSE INTER-

ENTREPRISES DE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE et considérant que la date de survenance de l'incapacité de travail à l'origine de son invalidité n'était pas encore définitivement tranchée, au vu de la procédure en cours.

**d.** Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

**e.** Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

### **EN DROIT**

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.

2. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité, en raison de ses troubles psychiques, singulièrement, sur la date de début de l'incapacité de travail et sur le montant du salaire pris en compte pour fixer le taux d'invalidité depuis 2019.
3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

Conformément aux principes généraux en matière de droit intertemporel, les règles de droit déterminantes en cas de modification du droit sont celles qui étaient en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 149 II 320 consid. 3 ; 148 V 174 consid. 4.1 et les références). En application de ce principe général du droit intertemporel, lorsqu'un état de fait durable s'est produit en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la nouvelle législation, le droit à une rente d'invalidité doit être examiné pour la première période selon les dispositions de l'ancien droit et pour la deuxième période selon les nouvelles règles. Les réglementations transitoires particulières sont réservées (arrêt du Tribunal fédéral 9C 505/2023 du 26 juin 2024 consid. 2.2 et la référence).

En l'occurrence, si le droit à la rente de l'assuré doit être reconnu dès 2021, il est né avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables sont citées dans leur ancienne teneur.

Pour la seconde période, pendant laquelle une incapacité de travail totale est reconnue dès le mois d'octobre 2022, les dispositions légales applicables sont les

nouvelles dispositions entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Néanmoins, elles ne seront pas rappelées ci-après, dans la mesure où ni le taux d'invalidité ni la quotité de la rente ne sont contestés pour la période commençant en octobre 2022, seule la date de commencement de l'incapacité de travail totale et du droit à la rente étant contestée.

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

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

5. 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 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

## 6.

**6.1** 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).

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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

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).

**6.2** Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

**6.3** 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).

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).

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).

**6.4** Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

7. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat

médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).

## 8.

**8.1** Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

**8.2** Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, *etc.*), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de

---

restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, *etc.*), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

**8.3** En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (*cf.* ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

## 9.

**9.1** 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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

**9.2** 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 ; 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.

**9.3** 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).

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

**9.4** Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ;

135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

**9.5** 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**9.6** 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).

---

**9.7** On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

**10.**

**10.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

**10.2** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

**11.** En l'espèce, le recourant considère que les conclusions du complément d'expertise psychiatrique diligenté par l'OAI ne sont pas probantes. Il oppose les appréciations de ses médecins traitants à celles de l'experte, notamment en ce qui concerne la fixation du début de l'incapacité de travail. De surcroît, le recourant

considère qu'à partir de 2019, sa capacité de travail était nulle et que le calcul effectué par l'intimé pour déterminer son taux d'invalidité est erroné.

L'intimé, quant à lui, considère que le complément d'expertise psychiatrique présente une pleine valeur probante et qu'il convient de se fonder sur la date retenue par l'experte pour fixer le début de l'incapacité totale. En ce qui concerne la période antérieure, commençant en 2019, il estime que le taux d'invalidité retenu, inférieur à 40% est justifié par la baisse de revenus du recourant sans que ladite baisse ne soit motivée par les troubles de la santé.

**11.1** Il ressort du complément de rapport d'expertise du 23 avril 2025 que l'experte a pris connaissance des rapports postérieurs à la première expertise, étudié et discuté soigneusement les rapports pertinents y figurant, présenté des anamnèses détaillées et fouillées, notamment pour déterminer les conséquences du divorce du recourant sur ses troubles psychiques. Elle a organisé trois entretiens avec le recourant, qui a pu discuter en détail de son quotidien et de ses troubles. Elle a argumenté le diagnostic retenu et motivé ses conclusions quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail.

Le rapport d'expertise remplit donc, a priori, les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

**11.2** Le recourant remet en question la période retenue par l'experte pour situer le début de son incapacité totale de travail, soit la fin de l'année 2022. Il considère avoir droit à une rente entière d'invalidité en raison d'un taux d'invalidité de 100% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2021, soit six mois après le dépôt, le 16 novembre 2020, de sa demande de prestations d'invalidité.

On rappellera que le médecin psychiatre du recourant, soit le Dr B\_\_\_\_\_, retenait dans son rapport médical du 12 février 2021, sous ch. 11, que dans un cadre de travail adapté à ses angoisses la capacité de travail du recourant était de 100% en tenant compte de ses difficultés soit : angoisse, manque de confiance en lui, difficulté à gérer les conflits et les émotions liées aux conflits.

Dans son rapport médical du 25 août 2022, se référant à une consultation de juillet 2022, le même psychiatre estimait toutefois que le recourant ne disposait plus de sa capacité de travail et qu'il avait été très fortement impacté dans sa vie professionnelle ; le psychiatre évoquait l'hypothèse d'un diagnostic de trouble bipolaire de type II qui expliquait, selon lui, largement les difficultés rencontrées dans le monde professionnel.

Lorsqu'elle a rendu sa première expertise en mai 2022, l'experte - en se fondant sur un entretien réalisé en avril 2022 - a considéré que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% avec une fluctuation de rendement possible de 20%.

Dans son complément d'expertise, l'experte explique, pour fixer le début de l'incapacité totale de travail dans toute activité, que, dès fin 2022, une

symptomatologie dépressive incapacitante s'est installée dans un contexte de difficultés de couple (divorce), d'une agression (située en 2022 dans le rapport d'expertise complémentaire, mais qui s'est produite en novembre 2021, selon les déclarations du recourant) et de difficultés financières nécessitant l'intervention de l'Hospice général. Le trouble est incapacitant depuis fin 2022 (rapport d'expertise complémentaire, p. 25). Dans ses entretiens, le recourant expose qu'il est divorcé depuis avril 2023 et qu'il bénéficie des aides sociales depuis la fin de l'année 2022.

**11.3** L'OAI a retenu dans la décision querellée que l'incapacité totale de travail dans toute activité était intervenue dès le mois d'octobre 2022. Cette détermination est compatible avec la dégradation du couple, intervenue pendant la seconde moitié de l'année 2022 et qui aboutira en avril 2023 au divorce, ainsi que par les difficultés financières du recourant qui ont abouti à l'octroi d'aides sociales au mois de décembre 2022.

Compte tenu de l'appréciation de l'experte selon laquelle l'incapacité de travail se situe à fin 2022 et qui estime que les conclusions du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 25 août 2022 sont insuffisamment motivées pour retenir une incapacité de travail dès ce moment, la chambre de céans considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'incapacité de travail totale dans toute activité peut être fixée au 1<sup>er</sup> octobre 2022, comme l'a retenu l'intimé.

Les appréciations personnelles du recourant ainsi que celles de ses médecins traitants ne peuvent pas être retenues au degré de la vraisemblance prépondérante pour infirmer la date fixée par l'OAI, ce d'autant moins qu'ils ne relèvent aucune contradiction ou lacune dans l'expertise complémentaire de la Dre L\_\_\_\_\_ mais se contentent d'opposer leurs appréciations personnelles et médicales à celles de l'experte.

À cet égard, on rappellera qu'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).

**11.4** Dans un second grief, le recourant conteste le calcul du taux d'invalidité retenu par l'intimé pour la période débutant le 1<sup>er</sup> avril 2019, soit un degré d'invalidité de 17%, au motif que le revenu sans invalidité fixé par l'OAI est erroné.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 ; 128 V 174).

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références).

Tel sera le cas également lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une

dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêts du Tribunal fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 ; B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Le salaire réalisé en dernier lieu comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. À cet effet, on se fondera en principe sur les renseignements fournis par l'employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_434/2023 du 30 novembre 2023 consid. 3 et la référence).

Si le licenciement n'est pas motivé par une raison médicale, on ne peut admettre que l'assuré aurait poursuivi son activité auprès du même employeur. Lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé par des valeurs moyennes et non par le salaire que l'intéressé aurait réalisé auprès du dernier employeur. Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_500/2020 du 1<sup>er</sup> mars 2021 consid. 4.1 et les références ; cf. également 8C\_537/2023 du 17 avril 2024 consid. 4.2.3 et 5.1 et les références).

**11.5** En l'occurrence, le recourant a communiqué plusieurs certificats de travail.

Celui de K\_\_\_\_\_ SA, daté du 1<sup>er</sup> avril 2019, expose que le recourant a été engagé en tant que chargé de mission informatique du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 janvier 2019 mais que la mission de convertir les transactions du *Portfolio management system* en écritures comptables n'a pas abouti, raison pour laquelle il a été mis fin aux rapports de travail.

Celui de I\_\_\_\_\_, daté du 14 février 2014, expose que le recourant a travaillé du 2 décembre 2013 au 14 février 2014, en qualité de consultant, notamment pour tester l'application e-Banking et une application de relevés fiscaux et qu'il a souhaité quitter la société pour se recentrer sur son métier bancaire.

Celui de H\_\_\_\_\_ SA, daté du 21 janvier 2010, expose que le recourant a travaillé du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 avril 2010, en qualité d'assistant du département de gestion et que son a été la conséquence d'un besoin de restructuration et de réorientation du service gestion de la banque.

Les autres certificats de travail antérieurs à 2008 ne seront pas pris en compte dans la mesure où ils ne reflètent pas les revenus du recourant dans les dix dernières années précédant son incapacité de travail dans son activité habituelle dès 2019.

À cet égard, et contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait se fonder sur la moyenne de ses revenus pour les années 2000 à 2011, alors même

que, comme le relève l'intimé, le recourant a changé d'activité à partir de 2011, passant du domaine bancaire au domaine informatique, ce qui a entraîné une baisse de ses revenus, ce d'autant plus qu'il n'a pas travaillé continuellement, comme le montre son CV.

Le recourant n'est pas non plus en mesure de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que c'est principalement pour des raisons de santé qu'il a changé d'activité ; en effet, aucun des certificats de travail ne fait mention de longues absences pour cause de maladie et les raisons de la fin des rapports de travail données dans les différents certificats de travail examinés *supra* sont de nature professionnelle.

À la lecture de l'extrait du compte individuel de l'AVS, le recourant a gagné, CHF 106'004.- en 2010, CHF 77'901.- en 2011, CHF 4'612.- en 2012, CHF 6'600.- en 2013, CHF 10'824.- en 2014, CHF 5'000.- en 2015, CHF 4'665.- en 2016, CHF 5'000.- en 2017, CHF 10'417.- en 2018 et CHF 5'416.- en 2019.

Dans la feuille de calcul de détermination du degré d'invalidité, l'OAI précise que le revenu sans invalidité doit être évalué de manière aussi concrète que possible, c'est pourquoi il se détermine généralement d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'à l'année de calcul de référence. L'intimé explique que selon les données communiquées par son dernier employeur, dans son ancien métier de chargé de mission informatique, le recourant pouvait prétendre, en 2020, à un salaire annuel brut de CHF 70'412.-.

Le recourant conteste ce calcul et estime que son revenu sans invalidité doit être fixé au regard de la profession bancaire qu'il exerçait lorsqu'il n'était pas encore atteint dans sa santé.

Ce raisonnement ne saurait être suivi dans la mesure où, comme cela ressort du parcours professionnel mentionné *supra*, le recourant a changé d'orientation après avoir travaillé chez H\_\_\_\_\_ SA, jusqu'en avril 2010.

À partir de ce moment, ce ne sont plus des activités d'assistant de gestion ou d'économètre qu'il a exercées, ce qui est d'ailleurs confirmé par le certificat de travail du 14 février 2014 de I\_\_\_\_\_, qui précise que le recourant « a souhaité quitter la société pour se recentrer sur son métier bancaire ».

Néanmoins, le recourant échoue à rendre vraisemblable qu'il a repris un métier bancaire dans la gestion ou l'économétrie, dès lors que le seul certificat de travail postérieur à I\_\_\_\_\_ qu'il a communiqué est celui de K\_\_\_\_\_ SA, faisant état d'une activité n'ayant duré que trois mois et destinée à convertir les transactions du *Portfolio management system* en écritures comptables, mais qui n'a « pas abouti ».

Compte tenu de la disparité des salaires des dix dernières années, c'est à tort que l'intimé s'est fondé sur le dernier salaire réalisé par le recourant dans une activité

de « chargé de mission informatique », qui a duré très peu de temps et qui ne peut donc pas être considérée comme représentative de ses compétences.

Partant il faut procéder à une évaluation statistique du revenu sans invalidité en se fondant sur les tableaux de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS).

À cet égard, on rappellera que les activités antérieures sont déterminantes pour fixer la valeur statistique précise car il faut établir quel serait le revenu d'une personne sans atteinte à sa santé physique, psychique ou mentale, au bénéfice de la même formation et placé dans une situation professionnelle équivalente ou analogue, sauf si l'assuré n'a jamais exercé la profession concernée ou ne l'a plus fait depuis de nombreuses années.

Or le recourant se trouve dans ce cas puisqu'en dépit de sa formation universitaire en économétrie, on constate qu'il n'a plus exercé d'activité dans le domaine de la gestion bancaire, depuis qu'il a quitté H\_\_\_\_\_ SA, en avril 2010. Il a toutefois continué à travailler dans le milieu financier, mais dans une activité de traitement de données e-banking, ce qui se retrouve dans son CV où ses activités chez I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ SA sont décrites comme celles d'un « consultant informatique ».

Depuis la 10<sup>e</sup> édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1\_skill\_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières. L'accent est donc mis sur le type de tâches que

l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications, mais pas sur les qualifications en elles-mêmes. Il faut encore préciser que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré - sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession - ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétence 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (ATF 150 V 354 consid. 6.1 et les références).

Pour la détermination du niveau de compétences, il y a lieu de rappeler que l'accent est avant tout mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (ATF 150 V 354 consid. 6.4 et les références).

**11.6** En l'espèce, à teneur des compétences de l'assuré dans le traitement des données informatiques et bancaires, on peut considérer que le recourant disposait d'un niveau de compétence 2 qui se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières, ce qui est avéré au vu du diplôme universitaire du recourant.

S'agissant du domaine d'activité, comme le relève le recourant, il faut se fonder sur le domaine financier soit la ligne 64-66 « Activités financière et d'assurances » du tableau TA1\_skill\_level de l'année 2020.

S'agissant principalement d'un travail de traitement de données informatiques pour en tirer des renseignements financiers, on peut se référer plus particulièrement à la ligne « Activités auxiliaires de services financiers et d'assurance », qui, pour un niveau de compétence 2, pour un homme, correspond à un salaire mensuel de CHF 8'406.- x 12, ce qui aboutit à un salaire annuel brut de CHF 100'872.-. C'est ce salaire qui sera retenu pour le revenu annuel brut sans invalidité.

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1\_skill\_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des

---

salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

En l'occurrence, l'intimé a fixé le revenu annuel brut avec invalidité à CHF 65'815.- en se fondant sur le tableau ESS 2020 TA1\_tirage\_skill\_level conformément à la jurisprudence citée *supra*. Une réduction supplémentaire de 10% a été appliquée, aboutissant au montant de CHF 59'234.-.

Cette façon de procéder pour fixer le revenu annuel brut avec invalidité ne prête pas le flanc à la critique.

Compte tenu du revenu annuel brut sans invalidité fixé selon la ligne « Activités auxiliaires de services financiers et d'assurance » du tableau ESS et qui aboutit à un salaire annuel brut de CHF 100'872.-, le manque à gagner est de CHF 41'638.- (100'872 – 59'234) ce qui correspond à un taux d'invalidité de 41.27%, arrondi à 41%.

Partant, à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit au 1<sup>er</sup> avril 2019, le recourant présentait un degré d'invalidité de 41%.

**11.7** Toutefois, il faut tenir compte du fait que le recourant n'a déposé sa demande de prestations qu'en date du 16 novembre 2020, celle-ci est donc tardive (art. 29 al. 1 LAI) et ce n'est qu'à l'issue d'un délai de six mois, soit à partir du premier jour du mois concerné (art. 29 al. 3 LAI), *in casu* le 1<sup>er</sup> mai 2021, qu'il a droit au versement de la rente correspondante.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de réexaminer le moment où le recourant a droit aux prestations liées à son taux d'incapacité de travail de 100% en rapport avec l'incapacité totale de travail dans toute activité, fixée au 1<sup>er</sup> octobre 2022 par l'intimé.

L'intimé a tenu compte d'un nouveau délai d'attente d'une année entre le moment où il a retenu une incapacité totale de travailler dans toute activité, soit le 1<sup>er</sup> octobre 2022 et le moment où le recourant a droit à une rente entière d'invalidité.

Cependant, dès lors qu'une invalidité doit déjà être reconnue avant le mois d'octobre 2022 en raison de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, il convient d'appliquer les dispositions sur la modification du droit consécutive à une aggravation de l'état de santé de l'assuré à teneur de l'art. 88a al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201). Le moment de l'incapacité de travail totale dans toute activité ayant été fixé par l'intimé au 1<sup>er</sup> octobre 2022, c'est à l'issue d'un délai de trois mois, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023, que le recourant a droit à 100% d'une rente entière d'invalidité de 100%.

**12.**

**12.1** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 26 août 2025 sera réformée, en ce sens qu'à partir du 1<sup>er</sup> mai 2021, le recourant à droit à une rente correspondant à un degré d'invalidité de 41%, puis à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, il a droit à 100% d'une rente entière d'invalidité.

**12.2** Le recourant étant assisté d'un avocat et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

**12.3** 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<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 26 août 2025, en ce sens qu'à partir du 1<sup>er</sup> mai 2021, le recourant a droit à une rente correspondant à un degré d'invalidité de 41%, puis à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, il a droit à 100% d'une rente entière d'invalidité.
4. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- à 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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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